DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

NÉOPLASMES MAMMAIRES

PAR

Le Docteur Émile VALUDE
Ancien interne des hôpitaux,
Aide préparateur d'histologie aux travaux pratiques de la Faculté,
Membre de la Société anatomique,
Membre de la Société clinique.

PARIS
G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Successeur de H. LAUWEREYNS
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1885



LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

Hommage respectueux de
l'auteur
Dr Valude
134 Bd St Germain

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

NÉOPLASMES MAMMAIRES

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NÉOPLASMES MAMMAIRES

PAR

LE DOCTEUR ÉMILE VALUDE
Ancien interne des hôpitaux,
Aide préparateur d'histologie aux travaux pratiques de la Faculté,
Membre de la Société anatomique,
Membre de la Société clinique.

PARIS
G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR
SUCCESSEUR DE H. LAUWEREYNS
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1885

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

Ancien interne des hôpitaux, 1842.

PREFACE.

Nous nous proposons dans ce travail d'établir les règles qui doivent être suivies dans le traitement des tumeurs du sein chez la femme.

Cette question de pratique courante qui semble banale ne nous a pas paru bien résolue sur plusieurs points. Les précautions à employer pour la dissection de la mamelle, celles dont il faut user également pour l'ablation des ganglions axillaires, sont, sinon ignorées, du moins assez mal suivies; et le résultat désastreux des opérations partielles, qui se voient encore aujourd'hui, fournissent une preuve indéniable et trop fréquente de ce que nous avançons.

Il importe donc de poser d'une façon nette et précise les préceptes qui devront guider la conduite du chirurgien dans tous les cas, et dans toutes les circonstances possibles. Ce sera le but de cette thèse.

Si le plus grand nombre de ces pages ne contient, à la vérité, que des principes généraux adoptés par tout le monde actuellement, il s'en trouvera cependant quelques-unes dans lesquelles nous aurons à traiter quelques points de pratique discutés, qui nous semblent importants à bien

connaître ; ceux-ci nous fourniront alors matière à développements ; soit parce qu'ils ne sont pas mentionnés par les auteurs contemporains, soit parce que nous différons d'opinion avec ces chirurgiens au sujet de ces quelques particularités thérapeutiques.

Quoi qu'il en soit, nous aurons résumé en un seul travail tout ce qui, selon nous, doit être fait dans le traitement chirurgical des néoplasmes mammaires, et si la lecture en profite à quelqu'un, notre but sera rempli.

On retrouvera, du reste ici, avec leur entier développement, les principes chirurgicaux que mon éminent maître, M. le professeur Verneuil, a coutume de vulgariser à sa clinique. Celui-ci avec une extrême bienveillance a bien voulu mettre à ma disposition les résultats tirés de sa grande pratique chirurgicale ainsi que les observations qui se sont présentées à lui au courant de cette année, soit à l'hôpital, soit au dehors. On retrouvera celles-ci à la fin de cette thèse, précédées d'un tableau schématique et statistique de toutes les opérations pratiquées pour des tumeurs du sein dans le service de clinique chirurgicale de la Pitié, pendant cette même période annuelle.

Qu'il nous soit donc permis d'offrir ce travail à cet excellent maître comme un faible hommage de profonde reconnaissance pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant les deux années qu'il nous a été donné de suivre son enseignement.

Nous remercions également, d'une façon toute spéciale, M. le D[r] Kirmisson, chargé pendant les vacances de cette année du service de clinique de la Pitié, et qui nous

a témoigné pendant tout ce temps la plus grande bienveillance.

Son rapport inédit à la Société de chirurgie, dans lequel nous avons pu puiser largement, nous a fourni des documents et des faits d'une grande valeur pour la thèse que nous avons à soutenir. Nous ne saurions lui en être trop reconnaissant.

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

NÉOPLASMES MAMMAIRES

DIVISION DU SUJET.

Dans cette thèse toute de pratique, notre intention n'est pas d'aborder l'étude historique, anatomique et clinique des tumeurs du sein dans tous les détails que celle-ci peut comporter ; nous ne perdrons jamais de vue que le but que nous poursuivons est d'établir la règle qui doit diriger notre intervention, règle qui d'ailleurs devra se modifier dans chacun des cas, et suivant les conditions que nous aurons à établir.

Nous supposerons le médecin placé en face d'une tumeur de la mamelle et comme première et fondamentale ligne de conduite, nous poserons l'examen *complet* du malade. Que ce précepte ne paraisse ni superflu, ni injurieux, c'est faute de s'être rendu un compte exact de

l'étendue du mal et aussi de l'état général du malade que trop souvent, il a été exécuté des opérations incomplètes ou même nuisibles, eu égard à l'état morbide du sujet chez lequel elles étaient pratiquées.

Nous dirons donc qu'avant toutes choses, il importe de pratiquer un examen attentif et *complet* et par ce moyen de poser un diagnostic, qui devra porter sur ces trois points, d'une importance égale, savoir :

1° *Le diagnostic de la forme histologique ou anatomique de la tumeur.*

2° *Le diagnostic de l'étendue du mal.*

3° *Enfin le diagnostic de l'état constitutionnel du malade.*

C'est dans la *première partie* de cette thèse, que seront indiqués, au moins sommairement, les caractères principaux des diverses espèces de tumeurs, aussi bien que les symptômes qui peuvent faire reconnaître l'existence d'un état pathologique spécial pouvant influencer le traitement, quel qu'il soit, du néoplasme.

Le chapitre qui traitera de la reconnaissance de l'étendue du mal sera développé plus longuement; c'est d'après cette étendue, en effet, que devra être adoptée telle ou telle ligne de conduite, c'est aussi en considération de l'extension du néoplasme à tel ou tel organe voisin qu'ont été écrites les publications les plus récentes, et les communications des derniers congrès. Cette étude de l'étendue du néoplasme à toute la mamelle et aux parties voisines, mérite donc une très grande attention.

Nous aurons à diviser les degrés de cet envahissement en un certain nombre de zones morbides dont la

délimitation précise sera indispensable à connaître pour la discussion de l'intervention ou de la non-intervention.

Puis, dans la *deuxième partie*, en considération de la nature du mal, de son étendue ainsi que de l'état constitutionnel, nous aurons à discuter et à résoudre la question de l'abstention ou de l'intervention.

Les conditions d'opportunité de l'intervention seront examinées également dans cette seconde partie, mais les règles opératoires seront réservées pour la fin de notre travail.

Dans la *troisième partie* par conséquent, qui ne sera ni la moins longue, ni la moins importante, nous décrirons les divers modes d'intervention applicables aux divers cas, et principalement l'exérèse à l'instrument tranchant dont quelques points particuliers doivent être mis en lumière.

Comme complément à notre programme opératoire, nous espérons démontrer l'excellence et la bénignité de la non-réunion et du pansement ouvert, comparés à la réunion immédiate et au pansement fermé, dont les résultats, s'ils sont dans quelques cas plus brillants, sont à coup sûr moins généralement satisfaisants, au double point de vue de la sécurité dans le présent et de la sécurité dans l'avenir.

En terminant, nous dirons un mot de la poursuite des récidives locales et nous aurons aussi à traiter de cette intéressante question des opérations palliatives; celles-ci, chez certaines malades affectées de douleurs intolérables ou tourmentées par un écoulement ichoreux abondant, trouvent quelquefois leur indication.

M. Verneuil les préconise alors, de même qu'il conseille l'extirpation partielle des cancers étendus du col utérin, dans le but d'apporter un peu de ce soulagement passager, qu'il est du devoir du médecin de procurer à son malade, à défaut de résultat plus satisfaisant.

En résumé ce travail comprendra trois parties principales, divisées elles-mêmes en un certain nombre de chapitres, et nous pouvons en donner le schéma suivant :

PREMIÈRE PARTIE. *Diagnostic.*	Chapitre I. — De la nature de la tumeur. Chapitre II. — De l'étendue du mal. Chapitre III. — De l'état constitutionnel.
DEUXIÈME PARTIE. *Détermination.*	Chapitre I. — Abstention. Chapitre II. — Intervention.
TROISIÈME PARTIE. *Intervention.*	Chapitre I. — Choix du procédé. Chapitre II. — Opérations. Pansements. Chapitre III. — Poursuite des récidives. Chapitre IV. — Opérations palliatives.

On le voit donc, cette thèse se résume en une série de préceptes pratiques entre lesquels il restera peu de place pour les conceptions théoriques diverses qui ont été si nombreuses au sujet de la nature des tumeurs de la glande mammaire. L'exposé de ces discussions ne serait pas à sa place ici et ne ferait que disséminer l'attention qui doit être concentrée uniquement sur le côté opératoire et thérapeutique qui forme l'objet de ce travail.

Nous avons voulu seulement exposer les principes opératoires auxquels notre maître se conforme actuellement et qu'il a coutume de vulgariser dans son ensei-

gnement. Grâce à sa bienveillance, nous pouvons appuyer la théorie d'une riche moisson de faits communiqués par lui-même ou recueillis par nous dans le service de la Pitié.

PREMIÈRE PARTIE

Diagnostic.

Le diagnostic, ainsi que nous l'avons dit, comprendra ces trois points, qui devront être examinés successivement et dont l'importance est à peu près égale. Savoir :

1° *Diagnostic de la forme anatomique ou histologique.*

2° *Diagnostic de l'étendue du mal.*

3° *Diagnostic de l'état constitutionnel.*

CHAPITRE PREMIER.

DIAGNOSTIC ANATOMIQUE.

Ce chapitre qui contient l'anatomie pathologique des tumeurs du sein, demanderait plus d'un volume pour être traité convenablement, mais il n'entre pas dans le cadre de cette thèse de tracer par le menu tous les caractères histologiques aussi bien que les symptômes de la totalité des tumeurs de la mamelle.

Pour être complet, il nous faudrait rappeler ici l'his-

toire si intéressante de l'étude des tumeurs du sein, depuis l'époque de Hunter et de l'école cartésienne, où toutes les tumeurs étaient confondues sous le nom de cancer. Mais où cette histoire n'est-elle pas écrite? Qui ne connaît les travaux d'Astley Cooper et de Cruveilhier? Ceux-ci, inspirés par l'étude de l'anatomie pathologique naissante, séparèrent les premiers, des cancers, les tumeurs bénignes du sein qu'ils dénommèrent : l'un, Astley Cooper, *les tumeurs mammaires chroniques;* l'autre, *les fibromes mammaires.*

Presque en même temps, Velpeau donnait de ces mêmes tumeurs bénignes une formule inexacte, en les définissant : tumeurs fibrineuses formées par l'organisation du sang épanché ou enkysté. Dans une deuxième dénomination cet auteur eut du moins le mérite, tout en maintenant son interprétation erronée, de créer pour ces productions néoplasiques un terme approprié et qui s'est maintenu dans la science; il désigna du nom de *tumeurs adénoïdes* ces tumeurs bénignes, qui ont conservé encore de nos jours ce nom dans la bouche de beaucoup d'auteurs, bien qu'elles soient généralement et plus justement définies par le terme de *fibro-adénomes.*

C'est alors que l'anatomie pathologique des tumeurs fut vivement éclairée par les travaux importants de Lebert, qui furent aussitôt suivis en France par les recherches de Broca et Verneuil, en Angleterre par celles de Birkett et Paget.

La discussion s'alluma vive et prolongée entre les partisans de l'école française et ceux de l'école micrographique allemande, représentée d'abord par Müller, puis

pour ne nommer que les principaux, par Virchow, Billroth et Valdeyer. Les travaux de Robin et de ses élèves, ceux de Cornil et Ranvier, de Coyne et Malassez ont éclairci bien des points importants sans trancher définitivement et d'une manière satisfaisante pour tous, la question primordiale de l'origine glandulaire ou non glandulaire des tumeurs malignes de la mamelle.

N'ayant pas dessein d'aborder en discussion ce différend qui divise encore les anatomo-pathologistes, nous laisserons de côté la question d'origine aussi bien que de nature, de certaines tumeurs épithéliales. Cette controverse purement scientifique ne trouve pas sa place du reste dans le programme de cette thèse, qui se résume en une question de pure pratique chirurgicale.

A ce point de vue seul, sera faite notre classification anatomique, qui comportera simplement une suite de catégories dans lesquelles seront classées, d'abord les tumeurs exceptionnelles, rarissimes, que nous ne ferons qu'indiquer, puis les tumeurs rares , moins rares , et enfin les tumeurs communes, celles que le chirurgien rencontre chaque jour dans la pratique. Celles-là seront étudiées à fond, dans leurs modes de développement, d'extension, de généralisation pour quelques-unes, etc. C'est pour elles en réalité que seront formulés les préceptes opératoires qui font l'objet de ce travail.

Pour ne faire qu'énumérer rapidement les tumeurs très rares qu'il est exceptionnel de rencontrer au sein, nous citerons sans nous y arrêter :

TUMEURS TRÈS RARES A LA MAMELLE. — *Lipomes.* — Les

lipomes dont on connaît deux ou trois observations, l'une d'entre elles est l'observation bien connue de Billroth, dans laquelle, le sein énormément augmenté de volume fut considéré comme atteint d'hypertrophie.

Gommes. — Les *gommes*, soit qu'elles se présentent sous la forme de gommes cutanées et avec les caractères ordinaires, soit qu'elles constituent les véritables gommes glandulaires, ce qui a été dénommé sous le nom de *mastite gommeuse.*

Tannes. — Les *tumeurs sébacées* ou tannes de l'aréole ou de la peau de la mamelle.

Névromes. — Les *névromes* qui offrent à la mamelle les mêmes caractères que dans les autres parties du corps.

Hydatides. — Les *Hydatides* dont on peut dire la même chose.

Tubercules. — Les *tubercules* qui sont bien connus depuis la thèse de Dubar (1881).

Kystes dermoïdes. — Les *kystes dermoïdes* qui sont extrêmement rares à la mamelle.

Cancroïdes. — Enfin les *cancroïdes cutanés* dont nous aurons à citer une observation personnelle (obs. XIX).

Enchondromes. — Et les *enchondromes* dans lesquels on peut distinguer deux variétés : Les *enchondromes* purs et formant par eux-mêmes le tissu principal de la tumeur ; ceux-ci sont tellement rares que Labbé et Coyne

dans leur Traité des maladies du sein, en mettent l'existence en doute, puis les *enchondromes* mixtes, c'est-à-dire prenant part à la texture d'une tumeur de nature fondamentale sarcomateuse ou carcinomateuse.

Follin et Duplay (1) citent encore, parmi les tumeurs exceptionnelles du sein, une *tumeur ostéoïde* dont une observation avec dégénération ganglionnaire de même nature aurait été démontrée authentique.

Tumeurs rares. — Arrivant aux tumeurs un peu moins rares, nous passerons rapidement sur :

Éléphantiasis. — L'*éléphantiasis* vrai qui se développe sous les mêmes influences avec les mêmes signes extérieurs anatomiques que l'éléphantiasis du scrotum ou des grandes lèvres.

Hypertrophie. — Le *pseudo-éléphantiasis* ou *hypertrophie totale.* Cette affection, qui porte généralement sur les deux mamelles, est trop connue pour que nous insistions sur ces détails.

On sait que certains auteurs refusent à ces sortes de tumeurs le nom d'hypertrophie qui leur semble mal approprié :

Ils les rangent, soit dans les *adéno-fibromes* (Duplay), soit dans les *fibromes diffus* (Labbé et Coyne), suivant que l'hyperplasie porte simplement sur le tissu fibreux, ou que le nombre lui-même, des acini glandulaires, est augmenté.

(1) *Follin* et *Duplay*. Pathologie externe, t. V, p. 631.

Tumeurs fibro-plastiques. — Aussi rares que ces deux formes anatomiques sont les *néoplasies conjonctives* pures, c'est-à-dire :

Les fibromes.

Les myxomes.

Les sarcomes.

Il n'y a pas d'exemple, pour ainsi dire, qu'on ait rencontré à la mamelle de ces tumeurs à l'état de pureté, sans qu'il existe une combinaison avec une autre forme anatomique qui est généralement l'adénome.

Citons à l'appui la cinquième conclusion qui termine la thèse de Cadiat :

« Les tumeurs purement fibro-plastiques sont excep-
« tionnelles et chez elles le développement du tissu lami-
« neux a été précédé de bourgeonnements épithéliaux
« constituant des culs-de-sac glandulaires (1). »

Nous ne nous arrêterons pas à ces formes exceptionnelles des tumeurs du sein, et les règles opératoires que nous nous proposons de poser ont principalement pour objet les formes néoplasiques qui nous restent à étudier et qui sont alors véritablement les tumeurs communes, qu'il faut savoir exactement distinguer les unes des autres.

Disons, néanmoins, que chacune des variétés néoplasiques que nous venons d'énumérer devra être traitée par la méthode d'exérèse que nous aurons à exposer, à moins que sa nature spéciale, sa très grande bénignité ou de certaines circonstances, ne justifient un traitement particulier ou l'abstention pure et simple.

(1) Thèse *Cadiat.* Paris, 1875. (Conclusions.)

Tumeurs communes. — Abordant maintenant l'étude des tumeurs communes du sein, nous essayerons dans un paragraphe aussi court que possible d'en rappeler les caractères principaux et de mettre en lumière leur caractéristique. Ces tumeurs sont rangées en trois grandes classes:

1° *L'adénome*, avec ses variétés très importantes; *l'adéno-fibrome, l'adéno-sarcome*, suivant que son tissu est combiné avec telle ou telle variété de tissu fibro-plastique.

2° *L'épithéliome.*

3° *Le carcinome.*

Ces trois espèces de tumeurs se distinguent entre elles par les caratéristiques primordiales suivantes :

Dans *l'adénome*, il y a hyperplasie des éléments glandulaires avec conservation parfaite de la forme, de la grandeur de ces éléments, ainsi que des cellules épithéliales qui présentent leurs caractères normaux. Celles-ci sont simplement hypertrophiées, comme dans la glande à la période d'allaitement.

Dans *l'épithéliome*, l'altération fondamentale consiste en une prolifération active de l'épithélium à l'intérieur du conduit et des acini glandulaires. Il en résulte que les éléments de la glande, ainsi remplis d'épithélium plus ou moins altéré, sont défomés, distendu, mais sans que leur forme générale soit perdue, sans que l'enveloppe glandulaire cède en aucun point.

Dans le *carcinome* enfin, les limites des éléments de la glande n'existent plus en aucune façon ; les cellules épithéliales répandues dans le tissu fibreux par traînées

ou par amas ne correspondent plus à aucune physionomie glandulaire.

Telles sont les trois grandes variétés de tumeurs mammaires que nous allons avoir à passer en revue ; à celles-ci nous ajouterons les *tumeurs mixtes*, dont les plus importantes forment la classe si intéressante des KYSTES DE LA MAMELLE, et cette dernière espèce de tumeur mérite sans nul doute un chapitre à part qui ne sera pas le moins important. En effet ces kystes existent très exceptionnellement seuls, ils coexistent toujours, soit avec un adénome, soit avec un sarcome, soit avec un épithéliome. Toutefois, il sera préférable pour la clarté de l'exposition de réunir ces différentes espèces de kystes en un même chapitre, au lieu de les décrire séparément avec l'adénome ou l'épithéliome qui leur ont servi d'origine.

Les adénomes de la mamelle se divisent en deux variétés.

Adénomes. — a. *L'adénome parenchymateux ou adénome pur* qui consiste en une hyperplasie des éléments glandulaires sans la participation d'aucun autre tissu. C'est une forme rare.

b. *L'adénome combiné avec une néoformation fibro-plastique*; c'est la forme commune, elle se subdivise elle-même en :

1° *Fibro-adénome* qui est la forme classique et vulgaire des tumeurs bénignes du sein ; on l'appelle communément *adénome* ou *tumeur adénoïde*.

2° *Adéno-sarcome* qui revêt plusieurs formes suivant que le tissu du sarcome est représenté par des éléments

fibro-plastiques : globo-cellulaires, fuso-cellulaires, ou qu'il est formé en partie ou en totalité, par du myxome.

Fibro-adénome. — *L'adénome pur* et le *fibro-adénome* qui est de beaucoup le plus commun présentent les mêmes signes cliniques et le même aspect anatomique.

C'est à propos de ces tumeurs que s'est faite la fameuse division des tumeurs bénignes et malignes que nous avons rappelée au début de ce chapitre, c'est justement à cette variété qu'Astley Cooper avait donné le nom de tumeur mammaire chronique.

On connaît les caractères propres à ce genre de néoplasme : de forme ovoïde, isolée dans une partie de la glande, souvent du côté externe, cette tumeur est mobile sur la profondeur et sous la peau. Assez ferme et indolente, elle n'engorge pas les ganglions. Quand on a procédé à l'extirpation et qu'on fend par le milieu une de ces tumeurs, on s'aperçoit qu'elle est facilement isolée des tissus qui l'entourent comme une coque sans adhérences. Elle semble parfois libre dans cette cavité, comme enkystée, et c'est ce caractère qui avait fait croire à Velpeau qu'il s'agissait là de l'organisation d'un tissu, provenant de sang épanché dans une cavité.

On retrouve ici l'idée ancienne de Hunter, d'après lequel, toute quantité de sang épanché dans un tissu acquérait la propriété de reproduire ce même tissu. Dans ce cas particulier, l'organisation du sang répandu aurait reproduit la structure glandulaire de la mamelle.

Adéno-sarcomes. — (*Sarco-adénome, myxo-adénome*).

— Les *adéno-sarcomes* doués d'une active prolifération fibro-plastique envahissent généralement toute la mamelle, et la peau ne peut plus glisser sur ces tumeurs. Leur mollesse est variable suivant la nature du tissu sarcomateux qui prédomine, elle peut être différente sur plusieurs points. Nous verrons que les productions kystiques y sont très fréquentes. Ces tumeurs n'engorgent point communément les ganglions, mais sont susceptibles de généralisation. Les récidives sont fréquentes et redoutables lorsque l'ablation n'a pas été totale et large, nous en avons un exemple frappant dans l'obs. VIII.

Nous reviendrons sur ces points au chapitre qui traitera de l'opération et de ses détails.

Epithéliome. — L'*épithélioma*, qui se caractérise, avons-nous dit, par une prolifération d'épithélium altéré dans des conduits et acini glandulaires déformés, mais non détruits, est une tumeur assez bien limitée, isolée, dure et bosselée, qui généralement est mobile au milieu des tissus, bien que la peau devienne souvent adhérente en quelque point. Rarement les ganglions de l'aisselle sont pris au début, bien que la malignité de la tumeur ne soit pas douteuse. La raison de ce fait qui semble tout d'abord extraordinaire est facile à donner, et l'explication est exposée, on ne peut plus clairement et à l'aide d'une belle planche, dans le Traité de Labbé et Coyne, auquel nous renvoyons les lecteurs pour tous les détails cliniques que ne comporte pas le cadre de notre thèse.

D'après ces auteurs, les culs-de-sac lymphatiques, qui président au transport des éléments cancéreux destinés

à l'infection ganglionnaire, sont disséminés à une assez grande distance de l'élément glandulaire.

Il s'ensuit que dans l'épithéliome où la barrière formée par l'enveloppe propre de l'élément glandulaire n'est point brisée, il ne peut y avoir d'abouchement entre les cellules épithéliales maintenues dans la cavité de l'élément glandulaire et les radicules lymphatiques séparées de cette cavité par une certaine épaisseur de tissu lamineux. Cette barrière constituée par la paroi propre des conduits et des culs-de-sac de la glande, n'existe plus dans le *carcinome*.

Carcinomes. — Les cellules épithéliales se répandent et se disséminent dans tout le tissu lamineux de l'organe, soit par des traînées cellulaires, soit par amas plus ou moins isolés et qui apparaissent entourés de bandes fibreuses, formant des alvéoles. Dès lors les lymphatiques sont rapidement envahis et l'infection ganglionnaire.devient un signe presque immanquable et précoce de cette forme de néoplasme qui constitue le *cancer vrai*.

Disons, qu'entre ces deux espèces : l'épithéliome et le cancer vrai, il peut exister des formes transitoires, dans lesquelles on surprenne la rupture de la barrière glandulaire à ses débuts. On observe alors l'immigration des cellules épithéliales à travers les interstices du tissu lamineux.

Quoi qu'il en soit, cette forme de tumeur maligne, le *carcinome*, comprend deux variétés anatomiques bien faciles à reconnaître à l'œil nu et à l'examen microscopique.

Carcinome vrai. — La première, le *carcimome vrai*, de consistance assez dure, donne au raclage ce fameux suc lactescent que, depuis Cruveilhier, on connaît sous le nom de suc cancéreux. Sur une coupe on reconnaît l'existence d'une certaine quantité d'alvéoles irrégulières, plus ou moins grandes, entourées de bandes fibreuses et remplies de cellules épithéliales. Cette variété de tumeur est parfois assez bien limitée dans la glande mammaire, pour que quelques-uns des segments de cette glande ne soient nullement envahis.

Squirrhe. — La seconde variété, le *squirrhe*, a pour caractère principal d'avoir une dureté considérable, ligneuse, de ne donner que très peu de suc au raclage; contrairement au carcinome, il infiltre toute la région mammaire sans exception, enserrant dans des bandes épaisses de tissu fibreux tous les éléments de la glande. Jamais on ne peut espérer voir une partie de la glande mammaire qui échappe à l'envahissement squirrheux. L'examen d'une coupe montre que les alvéoles remplis de cellules épithéliales n'existent pour ainsi dire plus, qu'ils sont é treints, étouffés par des travées denses et entre croisées de tissu fibreux.

Cliniquement ces deux espèces anatomiques correspondent à deux formes bien connues : le *carcinome vrai*, irrégulier, bosselé, dur, recouvert d'une peau altérée, souvent bleuâtre et adhérente; le *squirrhe* très dur, ordinairement petit, rétracté, ent raînant le mamelon, la peau, qui est fixe sur lui et qui présente sur une grande étendue les caractères de la peau d'orange. Ces deux

variétés très voisines sont souvent adhérentes à la profondeur, mais le squirrhe l'est plus fréquemment que toute autre tumeur.

Squirrhe en cuirasse. — Dans la forme que Velpeau désignait sous le nom de *Squirrhe en cuirasse*, il semble que les glandes de la peau soient prises en même temps que la glande mammaire. Dans ce cas, toute la région de la mamelle et même toute la partie antérieure de la poitrine peut être enserrée, par les tissus racornis et rétractés, comme en un corselet trop serré.

Nous n'indiquons qu'en passant ces particularités cliniques, car nous ne pouvons dans ce chapitre, qui n'est qu'une partie accessoire de cette thèse, donner tous les détails qu'il est nécessaire de connaître sur le diagnostic et la marche de ces tumeurs.

A côté de ces trois grandes variétés néoplasiques nous devons ranger les tumeurs *combinées* et *mixtes*, celles qui contiennent une formation kystique quelconque dans leur intérieur, ou dont la texture est constituée par des tissus différents. Ici encore nous devons établir une classification d'après les différents tissus auxquels s'associe la formation kystique.

TUMEURS COMBINÉES KYSTIQUES. — *Fibro-adénome kystique.* — *L'adénome pur* ou plutôt le *fibro-adénome* qui est la véritable forme clinique de la tumeur adénoïde bénigne, peut offrir dans son intérieur une plus ou moins grande quantité de formations kystiques dues à la dilatation des conduits et acini glandulaires.

Adéno-sarcome kystique. (*Kyste proligère Paget*) (*kyste phyllode de Muller.*) — L'adéno-sarcome se complique encore plus fréquemment de dégénérescence kystique. C'est dans cette forme anatomique que se voient ces cavités irrégulières remplies par des végétations très nombreuses en forme de chou-fleur, de pinceau et à la surface desquelles se voit toujours l'épithélium glandulaire cubique. On reconnaît ainsi que les espaces kystiques sont formés par dilatation des éléments glandulaires.

Parfois les kystes sont tellement étroitement remplis par ces végétations qu'il ne reste plus que quelques gouttes ou même pas du tout d'un liquide incolore ou jaune citron. C'est cette forme anatomique que Paget désignait sous le nom de kystes proligères, c'est le cysto-sarcome proliférant ou phyllode de Muller.

Dans ces tumeurs, qui sont des plus communes à la mamelle, on observe toutes les variétés isolées ou réunies du tissu sarcomateux. Le stroma dense et blanchâtre qui forme les points solides est généralement constitué par du tissu fibro-plastique à cellules fusiformes. Les végétations, plus molles, transparentes, ont communément la structure du myxome.

Epithélioma kystique. — *L'épithéliome* peut aussi présenter dans sa masse des dilatations kystiques ayant pour siège les éléments glandulaires ; mais il est une forme d'épithélioma kystique toute particulière et qui mérite une mention spéciale. Nous voulons parler de *la*

maladie kystique de la mamelle si complètement exposée dans la monographie de M. Reclus (1). Cette variété morbide est certainement de la nature des épithéliomes ; nous avons en notre possession (obs. VI) un fait des plus démonstratifs de cette manière de voir, qui est aussi celle de MM. Cornil et Malassez ; bien que cliniquement cette espèce néoplasique semble peu maligne (Reclus).

Carcinome kystique. — Ajoutons qu'il existe des carcinomes dans lesquels se développent des cavités kystiques qui sont souvent remplies alors d'un liquide sanguinolent ou constitué par du sang pur.

Il sera facile de reconaître en clinique ces différentes formes anatomiques qui empruntent à la variété dont elles dépendent leurs allures générales :

Les *fibro-adénomes kystiques* sont ordinairement isolés au milieu du reste sain de la glande mammaire.

Les *cysto-sarcomes* comprennent au contraire toute la mamelle, formant parfois des tumeurs d'un volume énorme qui peuvent distendre la peau et l'ulcérer. Cà et là des bosselures fluctuantes au milieu d'un tissu plus ferme indiquent la présence et la place des kystes.

Ces deux variétés de tumeurs ne s'accompagnent point d'infection ganglionnaire.

L'épithélioma dans sa forme ordinaire, qui devient *kystique*, change peu d'apparence, sauf qu'il se fait de la fluctuation en quelques points ; mais la seconde variété,

(1) *Reclus.* Maladie kystique de la mamelle. (In clinique et critique chirurgicale. Paris, 1884, p. 564.)

qui constitue *la maladie kystique de la mamelle*, offre une physionomie toute spéciale. On connaît ses principaux caractères, la dissémination des kystes en nombre infini et d'un volume variable, non pas dans un seul sein mais dans les deux. Il semble qu'on palpe une grappe de raisin à travers la peau de la mamelle. Nous n'insisterons point sur cette description, non plus que sur celle qui correspond à la dégénérescence, en kyste d'un point de carcinome ramolli.

A côté de ces tumeurs kystiques, dans lesquelles préexiste un tissu morbide spécial qui donne au néoplasme sa caractéristique et qui est lui-même l'occasion des kystes, nous avons à citer des tumeurs kystiques dans lesquelles le *kyste* joue un rôle prépondérant.

Kystes racemeux par rétention. — Nous mettrons en première ligne ces *kystes par rétention* que Rogeau a décrits avec tant de soin dans sa thèse (1) et qui sont dus à la dilatation de tout un département glandulaire en amont d'un obstacle formé par une végétation endocanaliculaire. Ces tumeurs ont une forme conique, elles sont fluctuantes et offrent communément ce phénomène caractéristique de se vider d'une façon intermittente par le mamelon, toutes les fois que la végétation obturatrice est déplacée. La production néoplasique qui obture le canal galactophore et occasionne la dilatation *racemeuse* des conduits glandulaires peut être de nature fibroplastique ou même épithéliale. Dans un cas de M. Nepveu cité

(1) *Rogeau*. Thèse Paris, 1874.

dans la thèse de Rogeau, c'était le bourgeonnement d'un épithélioma glandulaire au début qui formait l'obstacle. Nous avons un bel exemple de même fait dans notre observation V.

Kyste rétro-mammaire. — Enfin, il peut se développer une *cavité kystique*, non glandulaire, à la place de la bourse séreuse rétro-mammaire qui est constituée à l'état normal, non par une cavité, mais par du tissu conjonctif lâche. Ces faits doivent être exceptionnels puisque dans le livre de Labbé et Coyne on n'en cite pas un fait authentique; néanmoins, notre recueil d'observations nous en fournit un cas (obs. VIII) qui ne nous paraît pas devoir être mis en doute, eu égard à la marche de la maladie et à la composition de la tumeur. Au-devant du kyste s'était développée, secondairement à la vérité, une production sarcomateuse, qui avait envahi toute l'épaisseur de la glande mammaire.

On le voit, dans les différentes espèces de tumeurs kystiques que nous venons d'énumérer, il n'en est aucune, même la variété de Rogeau, qui ne comprenne à côté de la cavité du kyste un tissu néoplasique quelconque de nature plus ou moins maligne, qui soit l'origine ou le résultat de la dilatation kystique.

Certains auteurs et surtout Virchow (1) ont décrit cependant des tumeurs dans lesquelles la dilatation des conduits glandulaires constituait la seule altérrtion spécifique du tissu morbide.

(1) *Virchow*. Pathologie des tumeurs, t. I, p. 327.

Galactocèle. — Parmi ces tumeurs il faut citer le *galactocèle* liquide ou demi-solide, qui s'observe au cours de l'allaitement ou au moment du sevrage, puis enfin la *tumeur kystique succédant à une rétraction cicatricielle* (Virchow) du tissu conjonctif qui forme la charpente fibreuse de la glande. Cette dernière hypothèse ne s'appuie sur aucun fait connu, démontré, aussi nous rallions-nous complètement à l'opinion que Cadiat expose aux conclusions de sa thèse (1), à savoir : « que la présence « d'un kyste implique toujours la présence d'un tissu « morbide en voie de développement. »

Tumeurs mixtes. — Parmi les *tumeurs mixtes* nous citerons pour mémoire l'observation de Nepveu qui, chez une malade opérée par M. Verneuil, a trouvé quelques points de carcinome au milieu du tissu sarcomateux, fondamental de la tumeur.

Tumeurs dégénérées. — Les *tumeurs dégénérées* doivent également trouver place dans cette énumération. Sous ce nom de *dégénération* nous désignons la transformation d'une tumeur primitivement de nature bénigne en une maligne.

Un exemple, emprunté à la clientèle de M. Verneuil, fera mieux comprendre cette conception : une dame avait été traitée et guérie au moins en apparence, à l'âge de 20 ans, d'un adémone du sein par la compression. A 45 ans, il survint à cette même place un squirrhe.

(1) *Cadiat.* Loco citato.

Evidemment la « restitutio ad integrum » n'avait été qu'apparente, il était resté dans ce sein quelque chose de la première tumeur et c'est ce reliquat qui, jouant le rôle de lieu de moindre résistance, a appelé en ce point, à l'âge de 45 ans, les efforts de la diathèse néoplasique, dont le cancer, sous ses diverses formes, est devenu à ce moment l'expression ordinaire. On conçoit donc, par le même mécanisme, qu'une tumeur bénigne, persistant avec tous ses caractères d'indolence et de bénignité depuis l'âge de 20 ans, prenne tout à coup, avec un accroissement subit, une forme maligne à l'époque où l'invasion du cancer devient fréquente.

C'est l'histoire exacte d'une autre malade de M. Verneuil qui, au moment de la ménopause, a vu se transformer en un carcinome une tumeur bénigne du sein, dont le volume n'avait pas varié depuis l'âge de 20 ans. C'est une véritable substitution d'un tissu morbide à un autre.

Tumeurs récidivées. — Nous en pouvons dire autant dans bien des cas des *tumeurs récidivées*. Il n'est pas rare de voir une tumeur, enlevée parcimonieusement, récidiver sous une forme différente de la première, généralement plus maligne. Le fait est bien connu pour les tumeurs fibreuses siégeant en un point quelconque de l'économie, il ne s'observe pas moins fréquemment au sein. Nous tenons de M. Verneuil lui-même, qu'une malade opérée sept fois de tumeur adénoïde, de fibro-adénome vrai semblablement, dut être opérée une dernière fois pour une tumeur qui avait envahi toute la glande et qui était un sarcome. Nous trouvons un exemple aussi frappant du

même fait dans une observation que Lerat a présentée à la Société anatomique de Nantes dans la séance de décembre 1880 (1); cet auteur rapporte qu'une femme opérée trois fois, pour un fibrome du sein, présenta une 4 récidive sous la forme d'un sarcome à grosses cellules fusiformes. Il ajoute que la récidive ne présentait en aucun point, trace de culs-de-sac glandulaires. C'est en effet ce qui se voit ordinairement dans les récidives de tumeurs fibro-plastiques. Du premier coup ou bien par plusieurs opérations consécutives on enlève tout le tissu glandulaire, mais l'opération incomplète laisse en place une portion plus ou moins grande de tissu fibro-plastique périphérique qui sert de semence à la récidive. Quand la dernière repullulation a lieu sous la forme de sarcome, il n'existe plus dans la région aucun cul-de-sac ni conduit glandulaire, il ne peut donc s'en rencontrer dans la récidive. C'est alors seulement qu'on peut observer à la mamelle une tumeur fibro-plastique pure, car dans les conditions ordinaires et avant toute opération, les néoplasmes de cet ordre sont toujours accompagnés d'une prolifération glandulaire dont l'importance est souvent prépondérante.

Tumeurs par association morbide. — Enfin nous terminerons cette longue liste de néoplasmes de la région mammaire en rappelant qu'à la mamelle on peut voir comme ailleurs, quoique beaucoup plus rarement à la vérité, *des tumeurs par association morbide*, qui offrent à

(1) Journal de médecine de l'Ouest, 1881, t. XV, p. 312.

la fois les caractères d'une variété et ceux d'une autre toute différente.

Les *syphilo-cancers* peuvent se voir au sein avec leur physionomie connue. On sait que le traitement ne transforme que la part que prend la syphilis à la tumeur. Reste l'élément cancéreux qu'il faut savoir reconnaître et traiter par l'exérèse, sans continuer trop longtemps le traitement médical, qui, dirigé contre une tumeur simplement cancéreuse, devient, non seulement inutile, mais même nuisible.

CHAPITRE II.

DIAGNOSTIC DE L'ÉTENDUE DU MAL.

Les statistiques qui se publient depuis quelques années en Allemagne sur la question si importante de la curabilité par l'opération des tumeurs de la mamelle, consacrent toutes un chapitre généralement important à l'étendue que peut occuper le mal, dans sa manifestation principale et dans sa dissémination. On conçoit, du reste, l'importance majeure de la connaissance de cette étendue de l'affection néoplasique pour la détermination de l'acte opératoire. Nous aurons au chapitre du traitement et plus tard encore, à nous servir de quelques-uns des résultats donnés par ces diverses statistiques, aussi renvoyons-nous l'indication bibliographique de ces travaux à cette partie de notre thèse, mais pour le point spécial qui nous occupe en ce moment, nous trouvons peu de choses dans leurs tableaux schématiques et leurs conclusions, sinon quelques considérations touchant l'époque à laquelle survient l'envahissement de la peau et des ganglions, après le début de la tumeur maligne.

Ces résultats ont évidemment leur importance et il n'est pas indifférent de savoir que quatorze mois après le début d'un néoplasme, la peau commence à devenir

adhérente, et les ganglions à s'engorger. C'est là sans doute un fait à ne pas oublier et qui doit précipiter le chirurgien vers une opération précoce ; mais combien de tumeurs, pour le début desquelles le malade ne saurait donner de date précise ? Qu'on n'oublie pas, de plus, que l'envahissement ganglionnaire s'effectue à une période qui peut être très différente suivant la nature du néoplasme. On sait, combien de temps le système lymphatique reste fermé à l'infection dans l'épithéliome, et chacun connaît d'autre part, ces cancers à marche rapide, dans lesquels six mois ou un an suffisent pour que s'accomplisse la généralisation la plus formidable. Il y a donc là dans ces statistiques sur la durée d'intégrité de la peau et des ganglions voisins, des résultats qui sont, sans nul doute, intéressants à connaître, mais qui ne peuvent toujours suffire, et dans beaucoup de cas ne doivent servir à rien.

Pratiquement, le chirurgien se trouve conduit à examiner une tumeur dont la malade « *s'est aperçue* », depuis une époque quelconque qui n'est pas toujours, il s'en faut, celle de son début. Il lui faudra pour établir son programme opératoire en connaissance de cause être parfaitement renseigné sur l'étendue du mal, que celui-ci soit resté local, ou bien qu'il se soit disséminé au loin, ou même généralisé.

L'exploration méthodique, devra donc commencer par la tumeur elle-même, à l'effet de savoir, si celle-ci est limitée à un segment de la glande, si la glande tout entière est prise et enfin, si les enveloppes de la glande, la peau, le tissu cellulaire, sont envahis à leur tour. Puis l'aisselle

voisine du sein malade sera explorée, et l'engorgement des ganglions superficiels et des ganglions profonds recherché avec soin. Si cet examen permet de reconaître une induration des ganglions situés au sommet du creux axillaire vers la clavicule et même en l'absence de cette circonstance, on devra en tout état de cause s'assurer de l'intégrité des ganglions lymphatiques plus éloignés. Le progrès de l'envahissement lymphatique atteint généralement, d'abord les ganglions sus-claviculaires du côté malade puis les ganglions carotidiens. Enfin la dissémination peut être telle qu'on trouve engorgés les ganglions sus-hyoïdiens et les ganglions axillaires du côté opposé.

Dans certains cas nous avons rencontré des ganglions faciaux indurés par la présence du néoplasme secondaire Passé ce stade de dissémination on devra songer à la généralisation probable dans les viscères et la rechercher par les moyens que nous indiquerons brièvement.

Pour rendre mieux réglée la recherche de l'étendue du mal, nous avons divisé celle-ci en un certain nombre de zones qui correspondent chacune à un mode opératoire particulier. A telle catégorie de tumeurs, appartenant à telle zone, sera applicable telle ou telle variété d'opération ; c'est ce que nous allons essayer d'établir d'après les principes extrêmement précis qui nous ont été enseignés par M. Verneuil et qui guident constamment sa pratique.

Mais auparavant qu'il nous soit permis de faire une légère digression anatomique, dans le but de rappeler la situation respective des divers groupes ganglionnaires

qui occupent le creux de l'aisselle et dont l'envahissement suit toujours un ordre à peu près semblable.

La description de cette région, principalement au point de vue des ganglions, a été extrêmement bien faite, dans une note qu'à lue M. Kirmisson à la Société anatomique en l'année 1882 (1), nous ne faisons que reproduire ses conclusions sans en donner le détail.

La mamelle, d'après cet auteur, envoie un prolongement glandulaire qui suit le bord inférieur du grand pectoral jusqu'à la partie extérieure de la cavité axillaire. Là ce prolongement de la glande se trouve en contact réel avec les plus antérieurs des ganglions qui forment le groupe superficiel ganglionnaire de l'aisselle.

(Disons en passant que les ganglions postérieurs du même groupe reçoivent peu de lymphatiques de la région mammaire et sont assez rarement infectés dans les tumeurs de cet organe.)

Ce groupe antérieur de ganglions superficiels offre un grand intérêt ; il est généralement pris le premier dans les tumeurs malignes de la mamelle, et dans sa géographie se rencontrent des particularités très importantes à connaître.

En dehors, en effet, du groupe principal de ces ganglions qui sont, comme on le sait, sous-jacents au bord inférieur du grand pectoral et qui suivent le trajet des vaisseaux mammaires externes, on rencontre fréquemment un ou deux petits ganglions, isolés, erratiques, situés également sur le trajet des mêmes vaisseaux, mais

(1) *Kirmisson*. Bull. Soc. anat., 1882, t. VII, 4e série, p. 453.

bien au-dessous des premiers. De ces petits ganglions, le plus inférieur peut se trouver tout à fait en dehors de la mamelle, à la limite de la glande et dans un point notablement éloigné de la cavité axillaire. Celui-ci est tellement en dehors de la zone ganglionnaire de l'aisselle et tellement au bord de la mamelle que, quand il est induré, il peut en imposer pour une tumeur intra-mammaire, pour un fibro-adénome d'un lobule glandulaire périphérique. La confusion a été faite. On devra donc toujours songer à la présence de ce ganglion à la partie externe de la glande mammaire, tant pour éviter une erreur de diagnostic, que pour songer à son ablation dans toute opération où l'on se propose d'enlever la mamelle en totalité.

Qu'on nous permette de ne pas renvoyer à plus tard la citation de trois faits qui nous ont été racontés par M. Kirmisson et qui viennent à l'appui de ce que nous venons de dire sur l'utilité de ne pas oublier cette disposition anatomique.

Sur une première malade opérée par M. Kirmisson à l'Hôtel-Dieu, la présence de ce ganglion fut manifestement démontrée à l'examen de la pièce.

Cette année même, et avant l'opération, le même chirurgien reconnut l'envahissement de ce petit ganglion erratique sur une malade du service de la Pitié.

Enfin, et pour terminer par le fait le plus intéressant, une malade, opérée d'une tumeur maligne du sein, dut être réopérée deux ans après pour une récidive ganglionnaire s'étant faite justement dans ce petit ganglion.

Disons pour achever notre court aperçu anatomique des ganglions de l'aisselle, que le groupe profond est situé tout en haut du creux de l'aisselle, sous le petit pectoral. Là, ces ganglions sont contigus aux gros vaisseaux, formant le long du paquet vasculo-nerveux une chaîne ininterrompue et qui se continue avec les groupes ganglionnaires sus-claviculaires.

Dans les cas de dégénérescence cancéreuse, ces ganglions contractent avec les vaisseaux et surtout avec la veine axillaire des adhérences telles, que la dissection devient très laborieuse et que l'opérateur doit parfois réséquer la veine sur une étendue de plusieurs centimètres.

Nous reviendrons longuement sur ce point dans notre description du manuel opératoire, ainsi que sur la position la plus commode à donner au bras pour la dissection du creux de l'aisselle. Ce point de pratique utile à connaître a été proposé par M. Kirmisson comme conséquence de la disposition anatomique qu'il décrit. (Voy. Loc. cit.)

Revenant maintenant à la description de nos catégories qui doivent comprendre successivement tous les degrés de l'étendue que peut atteindre l'affection néoplasique, nous décrirons à cet effet cinq zones qui sont les suivantes :

1[re] ZONE. — *Invasion par le néoplasme d'une partie, ou de la totalité de la glande mammaire.*

2[e] ZONE. — *Invasion de la glande mammaire et de ses enveloppes (peau, tissu conjonctif péri-mammaire). Sans engorgement ganglionnaire.*

3[e] ZONE. — *Invasion des ganglions de l'aisselle du côté du sein malade.*

4[e] ZONE. — *Invasion des ganglions éloignés (sus-claviculaires, axillaires de l'autre côté).*

5[e] ZONE. — *Généralisation aux viscères, au squelette, à la peau des régions extra-mammaires.*

La première zone comprend les *tumeurs de la mamelle* proprement dites, celles qui n'affectent que la glande ou qui peuvent pendant un certain temps être uniquement localisées à cette glande. Dans la première des catégories nous placerons l'adénome, le fibro-adénome, qui, petit ou volumineux, reste limité au tissu glandulaire, sans qu'aucun des tissus voisins soit envahi, sans que les ganglions soient jemais engorgés, sauf le cas où se produit un travail phlegmasique indépendant de la nature du néoplasme. Dans ce cas du reste, l'adénopathie n'est qu'inflammatoire.

Les tumeurs de ce genre sont nettement circonscrites, enkystées, et pas n'est besoin de sacrifier toute la mamelle dans l'opération, il suffit d'enlever le segment glandulaire qui contient la tumeur pour se placer à l'abri certain de toute récidive. Nous verrons néanmoins à propos des tumeurs fibro-plastiques de la seconde zone que la capsule fibreuse qui entoure le néoplasme ne doit jamais manquer d'être extirpée en totalité. Plus d'une fois en effet, cette même capsule, laissée en place après l'énucléation pure et simple d'un fibrome-adénome (tumeur cependant si bénigne), a été le point de départ d'une récidive, qui se fait généralement alors sous la forme d'une tumeur fibro-plastique plus maligne.

Dans la seconde catégorie des tumeurs de la première zone, nous placerons l'épithéliome qui, à son début, reste longtemps enkysté, bien limité à un segment glandulaire ou même à une partie de ce segment. A cette période, la peau glisse sur la tumeur, celle-ci est mobile dans le tissu général de la mamelle, et les ganglions sont indemnes. C'est bien une tumeur de la première zone, au moins à ce moment. On pourrait donc croire bénigne une tumeur ainsi limitée, si la dureté grande, la marche rapide, les douleurs parfois, ne venaient lever tous les doutes. Dans ce cas, malgré l'apparence de limitation de la tumeur à une partie, tant petite soit-elle, d'un segment glandulaire, il faut opérer largement et enlever, sinon toute la mamelle, du moins en entier le segment glandulaire qui contient le néoplasme. Il faut savoir, en effet, que bien que le tissu mammaire semble avoir autour de l'épithéliome même le mieux limité sa souplesse normale, il s'en faut parfois que ce tissu soit sain. Nous avons eu sous nos yeux plus d'un exemple de ce fait, qui éclate d'une manière frappante dans notre observation IX. Chez cette malade, la souplesse de la mamelle ne laissait rien à désirer au pourtour du néoplasme, quand on vit sur la coupe générale du sein, après l'ablation, une trame blanchâtre, dense, qui de l'épithélioma s'étendait au mamelon, témoignant de l'altération commençante des conduits glandulaires efférents de la tumeur.

L'examen microscopique fut plus convaincant encore; l'altération épithéliale intra-canaliculaire était des plus nettes, et la pièce telle que nous l'avons observée con-

stitue un exemple extraordinairement démonstratif de dégénération épithéliale au début, latente et ne se révélant par aucun symptôme extérieur.

L'épithélioma est la seule des tumeurs malignes qui offre ainsi un accroissement progressif et pour ainsi dire systématique, limité qu'il est tout d'abord à l'un des segments glandulaires, comme en un compartiment isolé. On connaît la diffusion rapide du carcinome et principalement du squirrhe dont les nodosités indurées se développent presque simultanément dans tous les points de la région mammaire.

La règle opératoire à placer au bas de la description de cette zone serait donc celle-ci : *Enlever largement au moins la tumeur et même le segment glandulaire qui la renferme (ne jamais procéder par énucléation). Si la tumeur était un épithéliome, il serait préférable encore de pratiquer l'ablation totale de la mamelle.*

Deuxième zone. — Les tumeurs de cette zone ont dépassé les limites glandulaires, ont envahi les enveloppes de la glande et le tissu lamineux périmammaire ; ce sont des *tumeurs de la région mammaire.*

Ni l'épithéliome, ni les deux variétés de carcinome ne prennent place, communément, dans cette catégorie ; car arrivées à ce point de diffusion dans la mamelle, ces tumeurs malignes ont toujours ou presque toujours infecté les ganglions de l'aisselle. Elles doivent alors être rangées dans la troisième zone, où nous les retrouverons plus tard.

Les diverses variétés de tumeurs qui trouvent place ici appartiennent, en général, à la classe des tumeurs

fibro-plastiques. Qu'il s'agisse d'un adéno-sarcome ou d'une de ces tumeurs dites proligères par James Paget et dans lesquelles le tissu néoplasique à cellules fusiformes, mélangé au myxome, est creusé d'une multitude de kystes à parois végétantes, nous trouvons dans la grande majorité des cas la totalité de la mamelle envahie. Toute la région est occupée par un néoplasme dur en certains endroits, fluctuant en d'autres, et dont le volume est plus considérable que dans toute autre tumeur. La peau distendue ne peut être séparée du tissu morbide sous-jacent, et souvent il existe des adhérences profondes.

D'autres fois,il se rencontre une certaine mobilité de la tumeur qui semble glisser sur le grand pectoral, mais c'est là un signe des plus trompeurs auquel il faut bien se garder de se fier.

M. Vernueil enseigne, et c'est là un fait que nous avons vérifié plus d'une fois macroscopiquement et au moyen du microscope, que l'altération secondaire du grand pectoral et tout au moins de son aponévrose est parfaitement compatible avec une mobilité même très grande de la tumeur sur ce muscle. Il en est de même de la peau qui, souvent, est le siège d'altération secondaire sur une assez grande étendue à la périphérie de la tumeur.

Il y a donc là autour de ces formes néoplasiques une atmosphère cellulo-fibreuse qui peut sembler saine, si on en croit les explorations pratiquées avant l'opération et même parfois l'examen à l'œil nu au moment de l'extirpation. Néanmoins on devra, dans ces cas de tume us

fibro-plastiques principalement, considérer ces parties périphériques comme dangereuses à conserver; elles constituent *une zone suspecte* qu'il faudra, par une mesure de prudence nécessaire, extirper totalement et dans tous les cas. Cette zone suspecte comprend principalement la peau et les muscles grands pectoraux ; mais les parties profondes sont moins souvent prises que la peau, qui l'est presque d'une manière certaine dans toute tumeur maligne ayant duré quelques mois.

La fin de notre observation VIII montre de toute évidence la réalité de ce que nous avancions quelques lignes plus haut. On y voit, que pour avoir en un seul point de la tumeur énucléé le néoplasme avec les doigts au lieu d'en dépasser les limites à l'aide du bistouri, M. Verneuil vit se développer une récidive fibro-plastique rapide en ce point, justement où était restée une très faible partie de la capsule fibreuse de la zone suspecte..

Disons enfin que les tumeurs de cette zone ne s'accompagnent point encore d'engorgement ganglionnaire; tel est le cas, généralement, des tumeurs de nature sarcomateuse.

On devra donc, en présence des néoplasmes de cette nature, enlever *largement toute la région mammaire, sans épargner la peau, en disséquant même l'aponévrose du grand pectoral.* En un mot, il est nécessaire de dépasser très largement la zone suspecte.

Il sera bon de procéder à l'exploration du creux axillaire pour en pratiquer le nettoyage au cas où s'y trou-

veraient quelques ganglions engorgés, ce qui n'est d'ailleurs pas la règle.

Troisième zone. — Ici l'infection néoplasique s'étend, et les ganglions axillaires voisins sont envahis. Les tumeurs qui constituent cette zone peuvent prendre le nom de *néoplasmes extra-mammaires.*

Ce sont généralement des épithéliomes arrivés à un degré assez avancé, des carcinomes et même parfois des sarcomes, mais plus rarement, ainsi que nous l'avons vu précédemment.

Les épithéliomes et carcinomes qui engorgent ainsi les ganglions peuvent en même temps avoir envahi la peau, qui prend alors l'aspect dit « peau d'orange », et les tissus périmammaires, le grand pectoral, etc., comme dans la zone précédente. Mais le fait n'est pas nécessaire et ces tumeurs, tout en paraissant libres et bien isolées dans la mamelle, peuvent très bien s'accompagner d'adénopathie axillaire, méritant ainsi le nom de tumeurs extra-mammaires et devant par là même être classées dans la troisième zone.

La recherche des ganglions de l'aisselle qui constitue le point caractéristique du traitement chirurgical des tumeurs de la troisième zone, a été l'objet d'une série de travaux récents tant en France qu'à l'étranger. Il existe en effet des cas ou le chirurgien ayant reconnu la présence d'une tumeur maligne du sein (épithéliome ou cancer) à ses caractères propres (adhérences, dureté), ne rencontre pas dans l'aisselle l'engorgement ganglionnaire habituel à ces sortes de néoplasmes, que la malade soit grasse ou que les ganglions soient très petits; il est hors de doute

que dans les faits de cette nature, l'existence de l'adénopathie suspecte échappe à toute exploration.

On conçoit l'inconvénient grave qu'il y aurait à ne pas reconnaître et à laisser par conséquent en place des ganglions non apparents quoique altérés. Préoccupés de ce danger, les auteurs qui se sont occupés de la question, M. Kirmisson (1) en France, puis en Angleterre Samuel Gross (2) et Pearce Gould (3) recommandent, dans tous les cas de tumeur maligne sans adénopathie apparente, d'explorer l'aisselle pendant l'opération, pour reconnaître l'existence des ganglions qui ne peuvent plus échapper alors et pour en pratiquer l'extirpation.

Les statistiques allemandes ont servi aux opérateurs de ce pays à s'appuyer sur des chiffres pour évaluer approximativement le moment où les ganglions de l'aisselle doivent commencer à s'engorger et deviennent suspects, alors même qu'ils ne sont pas perçus à l'exploration.

Sprengel (4) estime que l'envahissement ganglionnaire se fait généralement du onzième au quatorzième mois à

(1) *Kirmisson.* Rapp. à la Société de chirurgie, en date du 14 décembre 1881. Soumis à la discussion, séance du 1er février 1882.

(2) *Samuel Gross.* The internat. med. Congress, 7e session, London, 1881, ii 322.

(3) *Pearce Gould.* Soc. médicale de Londres, 27 mars 1882.

(4) *Sprengel.* Mittheilungen über die in den Jahren, 1874-1878. Auf der Volkmann'schen klinik operativ behandelten 131, Fälle von Brust carcinom. Arch. für klinische chir., 1882, t. XXVII, p. 805.

partir du début de la tumeur maligne. Pour Oldekop (1) ce serait seulement du quinzième au seizième mois, et enfin Winiwarter (2) recule encore la limite de sa suspicion à l'égard des ganglions de l'aisselle jusqu'au dix-huitième mois au moins, pour la forme commune des néoplasmes malins; mais il en excepte nécessairement les cancers à marche rapide.

Disons, pour terminer cette question du diagnostic de l'infection ganglionnaire au début, qu'un auteur anglais en a cru trouver le signe dans une douleur à la tête de l'humérus correspondant, coïncidant avec une légère augmentation du volume de la région.

Herbert Snow (3) a observé ce phénomène surtout dans le squirrhe du sein; le gonflement et la douleur correspondent particulièrement à la région des tubérosités, mais peuvent cependant s'étendre à la clavicule et s'irradier plus ou moins loin le long du bras. L'auteur attribue ces symptômes à la présence de noyaux secondaires semblables à ceux qui se forment communément au rachis, etc.

(1) *Oldekop*. Statistiche zuzammenstellung der in der klinik der Hern Prof. Esmarck zü Kiel in den Jahren, 1850-1875, beobachteten 250. Fälle von mamma carcinom. Arch. für klinische chir., 1879, t. XXIV, p. 536-691.

(2) *Winiwarter*. Beiträge zur statistik der carcinom mit besonderer Rucksicht auf die dauernde Heilbarkeit durch operative Behandlung, in-4°. Stuttgart, 1878.

(3) *Herbert Snow*. On a neglected symptom breast cancer. The Lancet, 1880, I, p. 912. Analysé in Rev. des sc. méd., 1884, t. XXIII, fasc. 1, p. 295.

Nous aurons à revenir sur cette question à propos de traitement, mais ce que nous voulions signaler en passant, c'est que certains néoplasmes au début de l'infection ganglionnaire, peuvent sembler encore circonscrits à la mamelle, bien qu'en réalité il existe une altération des ganglions que l'exploration la plus attentive ne pourrait faire reconnaître. Règle générale, et ceci peut être parfois un élément de diagnostic important, la tuméfaction des ganglions de l'aisselle est à peu près contemporaine de l'envahissement de la peau (Monod. *Leçons de clinique chirurgicale* 1884), on devra donc en présence de ce dernier signe soupçonner l'altération des ganglions pour ainsi dire « *latents* ».

Malgré toutes les apparences ces tumeurs doivent donc bien être rangées parmi celles qui appartiennent à la troisième zone.

Il n'en est pas ainsi généralement du reste et l'engorgement ganglionnaire est d'ordinaire manifeste et commence par les ganglions les plus superficiels. Nous ne dirons rien sur la manière de les reconnaître, nous rappellerons seulement l'existence et le siège particulier du petit ganglion isolé que nous avons décrit plus haut. C'est surtout à l'occasion de l'opération que nous aurons à appeler l'attention sur ce petit ganglion qui peut devenir le siège d'une récidive quand on n'y a pris garde.

Si donc on a reconnu des ganglions superficiels, on devra rechercher les profonds qui sont situés au sommet du creux de l'aisselle, le long des vaisseaux. Si ces ganglions existent, l'opération devient beaucoup plus difficile, mais peut encore être tentée; par une dissection

attentive il est possible de pratiquer l'extirpation totale de la mamelle et des ganglions qui, dans certains cas, remplissent toute la cavité axillaire, remontant jusque sous la clavicule.

Le délabrement et la perte de substance sont souvent très grands ; néanmoins et malgré des difficultés opératoires qui ne doivent arrêter aucun chirurgien, *ces tumeurs de la troisième zone sont encore justiciables de l'opération, qui a des chances sérieuses d'être complète* quand elle est pratiquée d'après les principes que nous exposerons plus loin.

On peut plus difficilement en dire autant des cas qui rentrent dans la *quatrième zone* dont nous dirons quelques mots.

Celle-ci n'est qu'une extension de la première ; l'infection ganglionnaire a gagné, elle a envahi les ganglions sus-claviculaires du côté malade, puis les ganglions sus-hyoïdiens, puis les autres ganglions du cou et ceux de l'aisselle du côté opposé. *La tumeur maligne est disséminée*, et c'est cette dissémination qui constitue la caractéristique de la quatrième zone, dans laquelle il n'existe pas encore de généralisation aux viscères, au moins appréciable.

Il est hors de doute que personne ne peut songer à pratiquer l'ablation du sein et des ganglions à une malade dont tous les ganglions cervicaux sont envahis, mais il existe parfois, en dehors de l'adénopathie axillaire, un seul petit ganglion sus-claviculaire suspect. Quand celui-ci est mobile, quand la malade attend anxieusement le couteau du chirurgien, redoutant de se savoir inopé-

rable, il est bien difficile de formuler un refus d'opérer qui équivaudrait à un arrêt de mort. Bien qu'on ait, dans ces cas, à redouter l'envahissement des lympathiques intermédiaires aux ganglions de l'aisselle et à celui qui existe au-dessus de la clavicule; bien qu'il faille enlever ce dernier par une incision partielle, que nous rejetons si absolument pour tout autre exemple, nous ne pourrons pas, dans des cas spéciaux, ne pas conseiller l'opération.

Nous citerons plusieurs observations dans lesquelles cette pratique a été suivie d'une amélioration notable dans l'état général de la malade et d'une survie que nous ne pouvons évaluer, une des malades n'étant pas encore morte et une autre n'ayant pas encore présenté de récidive. (Obs. XV.)

Il va sans dire que nous repoussons de toutes nos forces l'idée par trop radicale de désarticuler le bras et la clavicule pour effectuer une épuration complète des tissus suspects.

On soupçonne ce que peuvent être les résultats de pareilles opérations, ils sont pirès que ceux que peuvent fournir les cancers les plus rapides, livrés à eux-mêmes.

La cinquième zone, dont il nous reste à parler, comprend les tumeurs malignes arrivées à leur dernier degré d'évolution. Nous classerons dans cette catégorie les néoplasmes qui se sont *généralisés* aux viscères. Souvent à cette période les tumeurs malignes ont également parcouru toutes les phases de leur processus local; l'adhérence aux tissus profonds et superficiels est complète, il s'est formé des ulcérations, et l'écoulement incessant de

l'ichor cancéreux s'ajoute à la cachexie spécifique pour amener l'épuisement de la malade.

Parfois aussi, mais le fait est moins commun, c'est avec une tumeur toute petite, encore mobile dans les tissus, avec un état général satisfaisant que s'est formée une généralisation qui peut se manifester tout à coup, à l'occasion d'une opération, d'un trauma accidentel ou d'une affection intercurrente quelconque.

Dans ces cas, dont il importe de se souvenir, aucun symptôme ne peut faire parfois prévoir l'existence de la généralisation. On devra donc, dans les tumeurs les plus simples en apparence, soupçonner celle-ci et la rechercher.

Dans un bon nombre de cas néanmoins, un examen attentif et l'interprétation rationnelle de certains troubles fonctionnels pourront faire reconnaître presque sûrement la généralisation.

On pourra utiliser également comme un élément de diagnostic ayant une certaine valeur les dates qu'assignent les auteurs récents au début ordinaire de la généralisation, dates qui sont tirées de la considération de statistiques comprenant un nombre assez grand de faits.

Nous n'avons pas abusé des dates dans les chapitres précédents, n'ayant pas cru nécessaire de citer les statistiques à l'aide desquelles on évalue plus ou moins approximativement l'époque de l'envahissement de la peau, du muscle grand pectoral, etc. Nous pensons en effet que ces dégénérescences secondaires, se produisant à une période variable pour chaque malade, doivent

avant tout et uniquement être constatées par l'explorateur.

Il n'en est pas tout à fait de même pour la généralisation qui, dans bien des cas, est plutôt soupçonnée que reconnue avec évidence. Il sera donc intéressant de savoir que celle-ci offre une assez grande fréquence, puisque sur 360 cas examinés dans le relevé de Torök et Wittel-Shœffer (1), ces auteurs ont trouvé 192 fois de la généralisation à l'un quelconque des viscères. Les mêmes recherches confirment ce qu'il était rationel de croire, c'est-à-dire que ces métastases viscérales se produisent surtout dans les tumeurs malignes adhérentes à la peau et ayant déjà infecté les ganglions de l'aisselle, mais elles mettent en lumière ce fait plus intéressant, qu'il est assez rare de voir de l'infection ganglionnaire disséminée sans généralisation.

En un mot nos tumeurs de la quatrième zone qui engorgent les ganglions de l'aisselle, puis les ganglions sus-claviculaires et même les autres, mais sans généralisation viscérale, seraient assez peu communes. Dans cette statistique empruntée au service chirurgical de l'Hôpital général de Vienne, les auteurs sus-nommés n'ont pu relever que 23 faits de cette nature.

Revenant à la généralisation et aux métastases, nous trouvons dans ces mêmes statistiques une fréquence très marquée en faveur du poumon, de la plèvre viscérale et enfin du foie. Les autres organes, viscères ou parties de squelette, sont bien plus rarement envahis, et la co-

(1) *Torök et Wittel-Shœffer*. Zur statistik der mamma carcinom. Archiv. für klin. chirurgie, 1880, t. XXXV, p. 873.

lonne vertébrale, malgré l'opinion commune, a paru à Torok et Wittel-Shœffer être assez exceptionnellement le siège des dégénérations secondaires (9 fois sur l'ensemble de 366 cas).

Quoi qu'il en soit, nous devons rappeler en peu de mots les divers signes qui devront guider les recherches et mettre le chirurgien sur la voie du siège de la généralisation.

Une toux sèche, quinteuse, des points de côté qui ne sont expliqués souvent par aucun signe stéthoscopique doivent faire penser à l'existence de noyaux situés sous la plèvre ou à l'intérieur du parenchyme pulmonaire.

Des troubles dyspeptiques de la douleur à l'hypochondre droit conduisent à l'examen du foie, sur lequel, à la palpation, il sera parfois possible de reconnaître la présence des cupules indurées caractéristiques du cancer secondaire de cet organe. Enfin, un symptôme très particulier, et qui est fréquent dans toute altération hépatique, présentera une grande valeur diagnostique dans ce cas, nous voulons parler des hémorrhagies.

Ces hémorrhagies peuvent se faire par les muqueuses naturelles ou même par la plaie du sein, si le cancer est arrivé au stade ulcératif de son processus. M. Verneuil a observé deux faits de ce genre.

Disons un mot encore des signes de la dégénérescence secondaire de la colonne vertébrale, qui est moins rare qu'on ne pourrait le croire d'après les statistiques allemandes et qu'ont bien observés Cazalis, Tripier et Verneuil.

On peut observer dans ce cas des douleurs rachi-

diennes, des névralgies, qui affectent la forme de sciatique double; survient parfois une gibbosité qui va lever tous les doutes.

Tels sont très succinctement les quelques symptômes de la généralisation cancéreuse qui peut aussi évoluer sourdement et sans se révéler par aucun signe objectif, ni subjectif. Disons que la très grosse difficulté du diagnostic réside dans ce fait, que la plupart de ces divers phénomènes sont propres aux métastases viscérales malignes, en même temps qu'ils appartiennent au cortège symptomatique de l'arthritisme ancien.

La toux sèche, la pleurodynie se voient dans l'emphysème avancé, et chacun sait que l'arthritique est voué aux névralgies et à la dyspepsie, comme un forçat à sa chaîne.

Il y a donc là un petit écueil qui n'arrêtera qu'assez rarement un explorateur attentif, mais il faut songer aux deux éventualités. D'ailleurs la cachexie cancéreuse avec ses caractères spéciaux, l'amaigrissement rapide et remarqué, manqueront rarement d'éclairer le diagnostic.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT CONSTITUTIONNEL.

La cachexie cancéreuse que crée la généralisation amène un épuisement progressif que nous venons d'indiquer et qui conduit plus ou moins rapidement le malade à la mort.

On conçoit néanmoins qu'en dehors de l'infection générale cancéreuse, puisse exister chez chacun des malades un état pathologique particulier causé par la constitution morbide propre à l'individu.

L'arthritisme avancé est le plus fréquent de ces états constitutionnels, on pourraît même dire qu'il est ordinaire chez les cancéreux à une certaine période de la vie; on connaît en effet le lien étroit qui unit la diathèse néoplasique et les manifestations arthritiques.

On devra donc dans certains cas attribuer une part dans les accidents d'un côté à la tumeur elle-même ou à la généralisation et d'un autre à l'état constitutionnel qui se manifeste par un ordre varié de symptômes.

Nous ne ferons que signaler en passant les accidents souvent très graves auxquels sont exposés les emphysémateux du fait seul de leur affection pulmonaire. Est-il besoin de rappeler la gravité des lésions cardiaques ou rénales qui emportent si communément les arthritiques?

L'existence de ces différentes lésions viscérales d'origine arthritique pourra donc devenir d'un appoint considérable dans le développement et la marche des accidents, chez les sujets atteints d'un néoplasme et principalement d'un néoplasme de nature maligne.

Nous en dirons autant des divers états constitutionnels et diathèses qui peuvent évoluer en même temps que l'affection néoplasique et imprimer à chacune des périodes de cette affection quelques-uns des caractères qui leur sont propres.

Il sera donc nécessaire de reconnaître le cachet particulier à chacun de ces états pathologiques surajoutés, de façon à pouvoir diriger contre eux un traitement rationnel et efficace.

DEUXIEME PARTIE

Détermination de l'abstention ou de l'intervention.

L'examen complet du mal et du malade étant terminé, deux partis se présenteront au chirurgien : *s'abstenir* ou *agir*.

Nous allons passer en revue les différentes raisons qui doivent servir de guide, en même temps que les diverses modalités que peuvent revêtir l'abstention ou l'intervention, suivant les variétés particulières et la nature de chaque néoplasme.

CHAPITRE PREMIER

ABSTENTION.

On conçoit que le principe de l'abstention puisse et doive être défendu dans deux circonstances principales : dans les cas très bénins et dans les cas très graves; mais entre ces deux ordres de faits il s'en peut présenter d'intermédiaires, dans lesquels le choix de la détermination tienne à la tournure d'esprit et à la conviction particu-

lière de chaque opérateur. Nous désignerons les deux premiers modes d'abstention par les noms *d'abstention justifiable*, *d'abstention indiscutable* et nous réserverons au dernier, celui d'*abstention systématique*; celle-ci sera discutée et nous verrons ce qu'il faut en penser.

L'*abstention justifiable*, on le prévoit, s'adresse aux cas très manifestement bénins, qui, s'ils ne sont pas susceptibles de guérir sans opération, semblent du moins de nature à ne pas s'aggraver et à ne causer aucune inquiétude pour l'avenir. Nous l'appelons *ainsi* parce qu'en effet elle peut être défendue et que le défaut d'intervention ne doit pas, dans les cas qui la justifient, être compté pour une faute très grande. C'était la pratique de Cruveilhier, d'Andral, de Bouillaud de conseiller de respecter les *tumeurs adénoïdes de médiocre volume*, *les kystes au début*; c'est encore celle de beaucoup de médecins. Cette réserve est encore mieux placée quand elle s'adresse aux *tumeurs fibreuses*, *non douloureuses*, *stationnaires*, *ou à marche très lente*, surtout si on les observe chez une *malade âgée* ayant dépassé la période critique de la ménopause.

L'abstention justifiable peut encore revêtir une autre forme et mériter le nom de *temporaire*, que l'intervention soit différée pour assurer le diagnostic ou pour une raison tirée non plus de l'état du mal, mais de l'état de la malade.

Il est des cas en effet, mais le fait doit être exceptionnel et l'erreur ne pas durer longtemps où il sera nécessaire de laisser le diagnostic du néoplasme à l'étude. On doit reconnaître qu'il n'est parfois que la marche de la

tumeur qui puisse faire distinguer une mammite chronique d'un néoplasme bénin ou de nature maligne au début.

La temporisation peut donc être excusable mais exceptionnellement, à la condition que le traitement d'attente ne puisse être nuisible ; nous reviendrons sur ce point.

Cette abstention temporaire doit être la règle au contraire, danscertains cas particuliers presque pathologiques, comme la grossesse par exemple. Il arrive souvent que, sous cette influence, les tumeurs de la mamelle prennent un développement tel, qu'en toute autre circonstance l'opération eût été le seul parti à prendre. Ici, nous conseillerons d'attendre et pour deux raisons.

La première est que consécutivement à cette hypertrophie due à la grossesse, la tumeur subit ordinairement (au moins pour certaines tumeurs fibro-plastiques), après l'accouchement, une involution, une rétrogradaqui la ramène au volume primitif, ou la fait disparaître presque. On a vu des multipares présenter, du fait de leurs grossesses répétées, des alternatives d'augmentation et de rétrocession du volume de leur tumeur.

Dans les cas de ce genre, il est donc nécessaire d'attendre pour opérer que la malade soit revenue à l'état d'intégrité physiologique, et la tumeur à l'état normal qui résulte du fonctionnement régulier de tous les organes.

La deuxième raison, qui doit suffire à elle seule pour faire écarter l'idée de tout acte opératoire non urgent, est tirée de la considération des inconvénients, que présentent les interventions chirurgicales chez les femmes

enceintes. Nous ne pouvons que rappeler sans les signaler, les dangers bien connus des opérations, pendant tout le temps que dure la période puerpérale et la grossesse. Ici donc l'abstention temporaire est légitime et doit, sauf en des cas particuliers, servir de règle.

La seconde forme d'abstention est l'*abstention indiscutable, imposée*. Chacun connaît bien les contre-indications formelles à l'opération ; nous les rappelons brièvement, elles ne s'adressent qu'aux degrés avancés des tumeurs malignes.

L'opération ne doit pas espérer réussir quand :

1° Le néoplasme a dépassé de beaucoup les enveloppes de la glande, quand la peau est prise sur une large étendue (ce signe est le plus commun de l'envahissement sur une grande surface).

Dans ces cas la tumeur maligne mammaire s'accompagne de nodosités disséminées dans *la peau* du voisinage et pouvant même s'observer très loin du cancer primitif.

Velpeau donnait à ces formes envahissantes le nom de *squirrhe pustuleux* ou *disséminé*. Ici, quelque large que puisse être l'ablation, il devra rester presque nécessairement, en dehors de la zone opératoire, quelque noyau oublié, impossible à reconnaître à la palpation et qui deviendra le point de départ de la récidive. Il est donc préférable de s'abstenir et c'est un conseil analogue que donne M. Ch. Monod dans les leçons cliniques qu'il a publiées dernièrement (1).

(1) *Ch. Monod.* Leçons de clin. chirurg. faites à l'hôpital Necker. Paris, 1884, p. 59.

2° Quand l'étendue du mal a dépassé la troisième zone, c'est-à-dire a gagné les ganglions sus-claviculaires et cervicaux.

3° Quand surtout il existe des signes d'une généralisation à l'un quelconque des viscères ; noyaux dans la plèvre ou dans le foie par exemple.

4° Quand il existe des états constitutionnels graves ou des lésions viscérales importantes, qu'elles soient ou non de nature cancéreuse. La maladie de Bright, le diabète: placent le malade dans une disposition morbide très défavorable à toute opération.

5° Enfin la vieillesse avancée, même avec toutes les apparences d'une santé suffisante, constitue un état particulier dans lequel l'organisme offre une résistance toute différente de celle qu'il avait à l'âge adulte.

Passé l'âge de 65 ou 70 ans, nous dirons donc avec M. Monod, qu'une femme ne doit plus être opérée d'un cancer du sein.

Il semble, au reste, que la nature ait voulu doter les cancers du sein des femmes vieilles d'une certaine torpidité qui rend l'extirpation de ces tumeurs inutile à la conservation de la vie. Chez les femmes de cet âge en effet, les tumeurs malignes de la mamelle se présentent généralement sous la forme d'un squirrhe, très petit, qui rétracte la peau, marche lentement, très lentement et fréquemment sans douleurs.

Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs ne font que de très faibles progrès localement et se généralisent si peu, que bien souvent les malades succombent dans un

âge très avancé à une tout autre affection qu'au cancer mammaire.

Au contraire, l'opération chez ces malades en précipite souvent la fin. Chez elles, la sénilité tient lieu d'un état général très sérieux, les affections thoraciques et rénales propres à cet âge rendent des plus dangereuses toute intervention chirurgicale, sanglante surtout,

Quoi qu'il en soit de ces diverses règles, nous ne pouvons cependant les rendre absolues et faire que le chirurgien ne soit, dans plus d'un cas, embarrassé dans la détermination de sa conduite. Que décider par exemple, pour une malade jeune, atteinte d'une tumeur maligne à marche fatale dont il importe de la débarrasser, mais qui souffre d'un état général sérieux, tel qu'une lésion cardiaque avancée? C'est en présence de difficnltés de ce genre qu'ont beau jeu ceux qui se font une loi de l'*abstention systématique* et dont nous dirons un mot, car le chirurgien se trouve souvent aux prises avec elle, dans la pratique de la clientèle extra-hospitalière.

Les confrères qui s'abstiennent systématiquement et contre les opinions desquels vous devrez vous élever sont de deux sortes, et nous pouvons les diviser en *optimistes* et *pessimistes*.

Les optimistes ne touchent naturellement jamais aux tumeurs bénignes (adénomes, kystes) et nous ne leur en dirons que peu de chose, sinon que ces tumeurs bénignes sont parfois exposées à un certain âge et sous l'influence de certaines causes, à se transformer en tumeurs malignes (sarcome ou cancer). Nous en aurons plus d'un exemple à citer à propos des récidives. Ce mode de dé-

générescence a été exposé dans notre chapitre du diagnostic anatomique à propos des tumeurs dégénérées.

L'abstention des optimistes vis-à-vis des tumeurs malignes est bien plus condamnable ; ils mettent en avant l'avantage qu'il y a de ne point tourmenter ces tumeurs, qui, abandonnées à elles-mêmes, peuvent laisser à la malade autant de répit que l'opération, telle qu'elle est réussie généralement. Nous aurons à reprendre ce point en terminant ce chapitre.

Les *pessimistes* avaient jadis à leur service un argument qui ne présente plus aujourd'hui aucune valeur, c'était celui de la gravité de l'opération de l'ablation du sein.

Les méthodes antiseptiques actuelles, l'anesthésie chloroformique font que l'opération ne peut plus être redoutée. Nous verrons de plus, en réponse à ces objections, qu'elle peut être utile et réellement curative.

Celle-ci fût-elle sans gravité, disent les pessimistes, ne doit pas être tentée, car elle reste, sauf exception, complètement inutile, survient toujours la récidive et avec la rapidité extrême que procure l'impulsion opératoire. Pour une malade qui peut guérir très exceptionnellement, il reste la grande majorité des autres, qui sont emportées par la récidive bien plus promptement qu'elles ne l'auraient été si leur tumeur n'eût pas été touchée.

On comprend ce qu'ont de dangereux et de faible les principes qui dirigent le raisonnement de ceux qui s'abstiennent d'après de telles règles. La récidive tient, soit à ce que l'opération a été faite trop tard, soit à ce qu'elle

n'a pas été assez étendue. Elle-même, dans son principe, ne doit point être condamnée, mais seulement sévèrement réglementée dans son application.

Le meilleur argument que nous puissions produire pour la défense de l'intervention chirurgicale est fourni par nos statistiques et celles des auteurs que nous aurons à citer. Nous y montrerons un certain nombre de résultats encourageants d'opérations bien faites et faites à temps.

Nous reviendrons, dans notre chapitre de *l'intervention*, sur les motifs qui nous font conseiller, généralement, l'extirpation des tumeurs bénignes, nous voulons seulement ici, par l'exposé de résultats empruntés aux dernières statistiques, combattre les partisans de l'abstention systématique relativement aux tumeurs malignes opérables.

Le principal, on pourrait dire le seul argument de ceux-ci, est le suivant, à savoir : que les malades opérées meurent plus vite, soit du fait immédiat de l'opération, soit par la récidive, que celles auxquelles on ne touche pas. Voici donc les chiffres :

Abandonnées à elles-mêmes, les malades atteintes de tumeurs malignes de la mamelle ont une existence qui se prolonge pendant un temps qui est, en moyenne, de 29 mois et demi pour Oldekop (1) et Winiwarter (2), de 27 mois pour Sprengel (3).

Si, au contraire, nous regardons les résultats de survie

(1) *Oldekop*. Loc. cit.
(2) *Winiwarter*. Loc. cit.
(3) *Sprengel*. Loc. cit.

fournis par l'opération, nous voyons que des statistiques concordantes de : Oldekop (82 cas), de Henry (1) (51 cas), de Winiwarter (91 cas), de Sprengel (85 cas), il résulte que la durée totale de la maladie a été, en moyenne, de 38 mois, à compter du début bien observé du néoplasme. D'un côté, les malades abandonnées à la marche fatale du cancer meurent après 27 ou 28 mois. D'un autre côté, et avec la chance si minime qu'elle soit de réussite complète de l'opération, les malades ont une survie moyenne de 38 mois. *C'est donc un bénéfice de* 10 *mois au profit de l'opération.*

Disons aussi que Broca (2) s'appuyant sur les relevés de Paget est arrivé à des conclusions semblables. Pour lui l'opération procure une survie de six mois. Au moment de l'opération les malades auraient encore dix-huit mois à vivre, opérées, elles voient leur existence prolongée pendant deux ans et demi environ.

Voici donc un premier point général établi ; l'opération, loin de précipiter la marche fatale du cancer, donne au contraire une survie moyenne de dix mois sur la durée habituelle de la maladie laissée à elle-même. Voyons maintenant si les cas de mort par suites immédiates de l'opération sont assez fréquents pour la faire redouter. A priori et avec la méthode antiseptique actuelle, la réponse négative est facile à faire, les chiffres sont plus convaincants encore.

(1) *Henry.* Statistische Mittheilungen über den Brustkrebs. (Inaug. Diss. Breslau, 1879.)

(2) *Broca.* Traité des tumeurs, t. I, p. 585.

Nous relevons dans les statistiques de Winiwarter, de Oldekop, de Henry, de Sprengel, de Küster (132 cas) (1), une mortalité variant entre 10 et 15 0/0; celle de Fischer (2) est de 16 0/0, et si celle de Korteweg (3) (20 0/0) est aussi élevée, c'est que cet auteur n'a établi sa statistique que sur un ensemble de cas spéciaux et très graves dans lesquels le nettoyage de toute l'aisselle avait été nécessaire.

Nous sommes donc en droit de conclure que la mortalité de 15 0/0 *environ n'est pas suffisante pour que la gravité de l'opération doive être redoutée.*

Disons encore que cette mortalité sera certainement abaissée par l'observation des principes que nous aurons plus tard à exposer.

Cette année, pendant notre internat chez M. le professeur Verneuil, nous avons vu, tant à l'hôpital qu'en ville, plus de 30 extirpations, le plus souvent totales, de la mamelle ; une seule opérée mourut des suites immédiates de l'opération. Il y a là autre chose qu'une série heureuse.

Il est donc évident que l'opération prolonge généralement l'existence, qu'elle n'est pas dangereuse ; c'en est assez pour que l'argument des abstentionnistes n'ait plus

(1) *Küster*. Zur Behandlung des Brustkrebses. Berlin. klin. Wochenschrift, 1883, p. 339.

(2) *Fischer*. Ueber die ursachen der Krebskrankheit und ihre Heilbarkeit durch das Messer. Inaug. Dissert. Zurich, 1881, et Deutsch Zeitsch. f. chirurg., t. XIV.

(3) *Korteweg*. Die operative Behandlung des Brustkrebses. Arch. f. klin. chirurgie, 1880, t. XXV, p. 767.

lieu d'être soutenu ; faisons cependant à ceux-ci la part belle et examinons la question de la récidive, si fatale d'après eux, que la guérison complète n'existe pour ainsi-dire qu'en l'espoir toujours déçu du chirurgien.

Les récidives sont fréquentes malheureusement, personne ne le nie, mais elles ne sont pas fatales et ici encore les chiffres nous serviront mieux que le raisonnement le mieux conçu.

Et d'abord on s'accorde à considérer les malades qui sont restées trois ans sans récidive comme guéries, c'est l'opinion des auteurs allemands dont nous donnons les statistiques et de S. Gross (1).

Cela étant, nous voyons qu'après trois années, la moyenne des guérisons définitives est de 11,7 0/0 pour Oldekop et Sprengel, de 9,84 0/0 pour Küster et de 10,2 0/0 pour Fischer, indépendamment des opérées non revues qui peuvent être guéries, mais qu'il est bon de ne pas compter.

Dans un grand nombre de ces cas, les malades ont dû subir une seconde opération, mais c'est toujours après cette seconde opération qu'a été comptée cette période de trois ans, pendant laquelle se font ordinairement les récidives.

On peut donc dire que les moyennes de guérisons que donnent les statistiques sont à l'abri de tout reproche

(1) *Gross* (*S.-W.*). The relation betwen adenoma sarcoma, and carcinoma of the mammary gland in the female ; their diagnosis in the earlier stages of the diseases an the result of their treatment by operation. Tr. internat. med. Congress, 7° session. London, 1881, ii 322.

en même temps qu'elles sont consolantes ; elles montrent que ce dernier argument tiré de la fatalité de la récidive n'a pas une plus grande valeur que les autres.

Nous conclurons donc en disant que l'opération prolonge la vie (dix mois), qu'elle ne peut passer pour redoutable (mortalité 15 0/0), et qu'enfin dans un nombre de cas suffisamment considérable pour être encourageant (10,5 0/0 en moyenne), elle peut amener une guérison complète.

CHAPITRE II

INTERVENTION.

L'abstention (sauf les cas de généralisation, de vieillesse trop grande) n'est donc justifiable que lorsqu'il s'agit de certaines formes de tumeurs entièrement bénignes. Nous avons à ce sujet laissé une certaine latitude à ceux qui soutiennent cette opinion et nous avons exposé impartialement leurs raisons; mais nous n'en dirons pas moins que, pour qui se propose la cure des néoplasmes mammaires (et ce doit toujours être le but du chirurgien), l'intervention s'impose, et dans ce chapitre nous exposerons les diverses raisons qui nous la font préférer à l'abstention.

Notre préférence pour l'intervention ne va pas jusqu'à la proposer dans tous les cas et l'audace opératoire devra toujours s'arrêter dans les limites du raisonnable. Nous considérons, par exemple, que lorsque l'infection ganglionnaire est telle que l'aisselle est remplie, que des ganglions se montrent au creux sus-claviculaire, il est imprudent d'entreprendre une extirpation qu'il serait impossible de rendre complète.

La désarticulation de l'épaule qu'Esmarck a pratiquée et qu'il recommande en pareil cas pour rendre le nettoyage ganglionnaire possible nous semble un moyen

extrême dont il convient de ne point parler. Avec des tumeurs aussi étendues les repullulations et la récidive sont nécessaires et aussi sûres que s'il existait des noyaux secondaires viscéraux.

Laissons donc là l'*intervention à outrance* qui doit céder la place à l'*intervention rationnelle* dont le premier axiome doit être : « primo non nocere ». Cette conduite sera la nôtre.

Intervention dans les tumeurs bénignes. — Nous connaissons les arguments des abstentionnistes : la tumeur bénigne reste stationnaire, indolente, est destinée souvent à disparaître après la ménopause et n'est nullement inquiétante pour l'avenir.

Or, si cette marche rassurante s'observe en effet, chez quelques fibro-adénomes, il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. L'accroissement du tissu morbide peut être continu, arriver à la peau qui s'ulcère ; et cela se voit surtout dans les tumeurs kystiques. Qui ne connaît, de plus, les métamorphoses que peuvent subir les tumeurs bénignes, les fibro-adénomes en particulier? Nous avons exposé ce point particulier à propos du diagnostic anatomique des tumeurs et nous rappelons à ce propos un fait entre autres que nous tenons de la bouche même de M. Verneuil. Une dame, dans sa jeunesse, consulta pour un fibrome du sein son médecin qui lui conseilla de le conserver. A l'âge de la ménopause, ce fibrome grossit et devint une tumeur fibro-plastique aux allures envahissantes et malignes.

Il faut donc opérer même les tumeurs bénignes, et

comme elles peuvent grossir et envahir toute la mamelle il vaut mieux les enlever de bonne heure, afin que le délabrement ne soit pas aussi grand, qu'il serait nécessaire de le faire plus tard en cas de temporisation. Nous verrons quand nous traiterons du mode opératoire, qu'il faut non seulement les enlever, mais opérer largement.

Il existe plus d'un exemple de récidives de ces tumeurs bénignes, nous aurons à citer quelques faits instructifs à l'appui et nous nous bornons à rappeler présentement ce que nous disions au chapitre du diagnostic anatomique, de ces tumeurs d'apparences bénignes, qui se présentent enkystées dans une zone fibreuse suspecte et qu'il faut toujours enlever.

Intervention dans les tumeurs malignes. — Que disent les partisans de l'abstention relativement aux tumeurs malignes ? Que la récidive survient toujours et plus rapide dans sa marche fatale que la tumeur laissée à elle-même. Ce qui revient à dire en somme que la tumeur maligne qui est en question n'est que l'expression d'une diathèse cancéreuse, qui subsiste toujours après l'extirpation la plus large du sein, destinée à rentrer quand même en scène par la récidive et la repullulation.

On peut avoir une idée un peu différente de l'origine du cancer, qui peut se tirer d'une diathèse particulière, mais qui dépend à coup sûr et au moins indirectement de l'arthritisme.

La néoplasie ainsi produite par l'arthritisme est d'abord à n'en pas douter un mal local, qui peut s'étendre et se généraliser. On ne peut pas citer d'infection cancéreuse

précédant toute manifestation locale et la mélanose qui est bien la forme la plus rapidement généralisatrice des tumeurs malignes, a toujours débuté par une production néoplasique première, origine de toute dissémination.

On a pu voir il est vrai des tumeurs contemporaines qui ne semblaient pas issues l'une de l'autre par voie de dissémination d'un foyer unique primitif ; mais il faut admettre ces exemples non comme la preuve d'une généralisation précoce et primordiale, mais comme l'expression multiple d'une même diathèse ; la règle donc est que le cancer, qui est pour nous le type clinique de la tumeur maligne, est un mal d'abord local qui se dissémine et se généralise ensuite, pendant que le néoplasme primitif suit une marche progressive aboutissant à l'envahissement des parties voisines et à l'ulcération.

Il est donc un moment où le cancer est encore localisé et ou l'extirpation complète peut amener une guérison durable, c'est celui qu'il faut choisir pour opérer ; et l'abstention en pareil cas n'est justifiable à aucun titre.

Pratiquée à ce moment, l'ablation du cancer du sein est suivie assez communément de guérison complète, et l'argument des abstentionnistes, tiré de l'inutilité de l'opération dans tous les cas, doit tomber devant la réalité des statistiques satisfaisantes que nous avons exposées quelques lignes plus haut.

Restent deux mots à dire sur cette période de choix où les néoplasmes sont encore locaux et où l'opération peut et doit être complète. Cette période est, on le sait, variable suivant la nature des diverses tumeurs, elle est

très longue pour le lipome qui peut rester indéfiniment stationnaire, mais nous n'avons guère à nous en occuper ici, en raison de la rareté de cette forme néoplasique à la mamelle.

L'adénome, le fibro-adénome restent longtemps sous un petit volume, mais la grossesse peut leur fournir l'occasion de prendre un accroissement subit, et l'influence de la ménopause est souvent aussi funeste, en provoquant la transformation de ces tumeurs en tumeurs fibro-plastiques. Parfois à cette même époque, et sous la même influence dirigée plus favorablement, ces tumeurs peuvent diminuer, rester éternellement petites et inoffensives, ou même disparaître. C'est en considération de faits semblables que les médecins se déclarent souvent partisans de l'abstention; mais c'est en considération des dégénérescences malignes également possibles que nous nous déclarons nous, partisan de l'opération, comme plus sûre, puisque d'ailleurs en tant qu'opération elle reste actuellement tout à fait innocente.

Les tumeurs kystiques, ordinairement des sarcomes ou myxo-sarcomes, n'infectent les ganglions et ne se généralisent qu'assez tardivement et souvent par récidive après des opérations incomplètes, mais leur progression locale est assez rapide et il est bien rare que l'extirpation de ces formes néoplasiques ne doivent pas comprendre toute la mamelle.

Enfin tout le monde connaît la rapidité avec laquelle l'épithélioma et surtout le carcinome deviennent trop étendus et inopérables. Chacun a observé des malades négligentes d'elles-mêmes commencer à se soucier de leur

mal alors qu'il était impossible d'y remédier. Ce n'est plus par années comme pour les formes précédentes, c'est par mois qu'il faut évaluer cette période, pendant laquelle le néoplasme localisé est encore curable. Pour en préciser les chiffres, nous avons compulsé les diverses statistiques et consulté le résumé qu'en a fait si complètement M. Monod (1) ; c'est pendant neuf mois environ, depuis son début, que le cancer du sein reste absolument local.

Disons cependant qu'au point de vue opératoire, le mal doit être considéré comme accessible et local, même lorsque les ganglions axillaires sont pris et la peau du pourtour du mamelon envahie, pourvu que la dissémination n'ait pas dépassé ces points circonscrits.

De la sorte, la limite de notre période opératoire favorable pourra être prolongée presque vers le dix-huitième et le vingtième mois environ.

Tous ces chiffres, nous le répétons, n'expriment que des moyennes, ils laissent la place aux plus grandes exceptions ; telle forme de cancer, comme l'épithéliome, reste fort longtemps locale, telle autre, plus maligne, a déjà produit une généralisation avancée dès la fin de la première année, à compter du début du néoplasme.

Quoi qu'il en soit, lorsque ce néoplasme bénin ou malin est curable (et nous avons, pensons-nous, posé les principes qui doivent servir à juger de cette curabilité), il faut chercher à le guérir et comment ?

(1) *Monod.* Loc. cit.

TROISIÈME PARTIE

Intervention.

CHAPITRE PREMIER

CHOIX DU PROCÉDÉ.

Par intervention, il faut entendre, disons-le de suite, l'intervention opératoire et plus spécialement à l'instrument tranchant; c'est évidemment la méthode de choix et aussi celle que tout le monde emploie, sauf de très rares exceptions. Si donc nous passons en revue les divers autres modes de traitement qui ont été proposés pour les tumeurs de la mamelle, ce ne sera que pour les énoncer rapidement et pour donner les raisons qui nous font les écarter.

Nous reproduisons donc ici, pour rappeler d'un coup d'œil les différentes méthodes qui ont pu être préconisées, le tableau si complet de Broca. (Traité des tumeurs, t. I, p. 389.)

En dehors de l'extirpation au bistouri, il est peu d'autres méthodes qui aient survécu; nous en dirons quel-

ques mots, laissant de côté celles qui depuis longtemps sont oubliées.

TABLEAU DES MÉTHODES DESTINÉES A LA CURE DES TUMEURS.

I. TRAITEMENT MÉDICAL.		
II. TRAITEMENT CHIRURGICAL.	*Méthodes ayant pour but de modifier la tumeur.*	Compression. Ecrasement } sous-cutané. Broiement } sous-cutané. Ligature des artères afférentes. Application du froid. Application d'électricité. Ponction et injections (kystes).
	Méthodes ayant pour but de détruire la tumeur.	Cautérisation { actuelle. Cautérisation { potentielle.
	Méthodes ayant pour but d'extirper la tumeur.	Ligature en masse. Ecrasement linéaire. Galvanocaustie. Cautérisation linéaire. Instrument tranchant.

Traitement médical. — Le traitement purement médical d'une néoplasie quelconque qui n'est ni de nature syphilitique, ni inflammatoire, n'a jamais été suivi de guérison. L'iode et l'iodure de potassium qui forment la base la plus commune de ce traitement peuvent parfois amener une certaine amélioration au début, soit parce que la tumeur est très bénigne (fibro-adénome), soit parce qu'elle est constituée par un hybride de syphilis et de cancer par exemple. Dans ce cas, la part spécifique de cette tumeur disparaît sous l'influence du médicament approprié. Mais cette amélioration ne conduit pas

à une guérison complète et généralement la continuation prolongée de l'iodure, à fortes doses surtout, est suivie d'inconvénients très sérieux et qui sont de deux ordres.

Employés à doses assez fortes et continues, les iodures, sans avoir du reste aucune influence sérieuse sur la marche des tumeurs mêmes bénignes, amènent des troubles digestifs variés auxquels ne sont que trop disposés les néoplasiques arthritiques. A l'inconvénient causé par la présence de la tumeur s'ajoutent ceux que crée un état général fâcheux. Que si la tumeur est de nature maligne, le remède est pire encore; non seulement la malade souffre de l'administration du médicament, mais sous cette influence le cancer prend un accroissement plus rapide, et le fait a été plus d'une fois constaté de la manière la plus nette.

On sera donc autorisé, dans certains cas où le diagnostic est douteux, ou lorsqu'il s'agit de tumeurs petites et manifestement bénignes, à donner l'iodure de potassium qui a pu dans quelques cas améliorer l'état local; mais les doses du médicament devront être assez faibles et l'administration n'en être pas prolongée longtemps. On ne doit pas oublier que cette médication est faite pour inspirer plutôt de la méfiance qu'une confiance qu'elle ne mérite qu'exceptionnellement, et qui se mesure par des effets généralement assez minimes.

Donc, beaucoup de prudence dans l'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium, mais *jamais à l'extérieur !* Qui a vu les pommades dites *fondantes* produire autre chose que des eczémas rebelles, irrités, des lym-

phangites même, qui amènent trop souvent aux consultations hospitalières des malades victimes de ce traitement externe aussi persévéré que malencontreux ?

Le reproche fait aux pommades iodurées s'adresse de même à toutes les diverses pommades, à la ciguë, aux préparations de mercure, qui ont pu être conseillées. Les autres médications internes : mercuriaux, arsenicaux, etc., et ne doivent pas davantage être conservées en honneur.

Il est bon toutefois de faire une légère réserve en faveur de l'arsenic ; ce dernier agit d'une manière favorable comme reconstituant chez les malades inopérables, il trouve aussi parfois son emploi, après l'opération, dans la convalescence, et M. Verneuil a cru remarquer que le retour de la récidive pouvait être retardé par l'administration de ce médicament.

Néanmoins il faut avant tout se garder de se faire aucune illusion sur le succès probable de la médication interne.

Elle est très rarement palliative, et très communément funeste, soit par ses effets directs, soit en faisant perdre un temps précieux ; telle est la formule qui devra mettre en garde contre un emploi au moins prolongé de cette méthode, qui est l'arme favorite de ceux dont une fausse timidité chirurgicale recouvre trop souvent l'ignorance.

Traitement chirurgical. — Avant d'arriver à l'exérèse nous dirons quelques mots de deux des méthodes chirurgicales qui ont été le plus en honneur auprès des

chirurgiens au couteau timide et qui ont pour but de modifier la tumeur sans en pratiquer l'extirpation.

Nous parlerons de la *compression* qu'on a essayé de généraliser à toutes les tumeurs de quelque nature qu'elles fussent, et de la *ponction suivie d'injection irritante* qui s'emploie encore pour certains kystes de la mamelle. Nous mentionnerons aussi le traitement par *l'électricité* à cause d'une communication faite au congrès de Londres (1881), dans le but de populariser l'emploi de l'électrolyse.

Compression.—La *compression* fut, on le sait, employée d'abord par Young, puis préconisée ensuite par Récamier qui crut en être l'inventeur ; nous ne pouvons nous étendre sur l'histoire si intéressante de cette méthode de thérapeutique chirurgicale qu'on trouvera magnifiquement exposée dans le 1er volume du traité des tumeurs de Broca.

Au point de vue de cette thèse, nous dirons que le principe de la compression mérite de n'être pas absolument mis de côté. Elle peut rendre des services dans les cas de tumeurs bénignes, de petit volume, pour des adénoïdes par exemple.

Nous voyons (obs. I) que dans ce cas la tumeur a disparu complètement sous l'influence de la compression.

Mais les premiers expérimentateurs de la méthode, Young, Récamier, faisaient plus et l'employaient pour des tumeurs malignes. Nous n'avons pas besoin d'en démontrer l'inefficacité dans les faits de cet ordre ; les con-

clusions de Broca, vieilles de vingt ans, ne laissent place à aucune illusion à cet égard. Il faut savoir que, appliquée à des tumeurs malignes, la compression n'est pas seulement inefficace, mais qu'elle peut être dangereuse.

Soumis à cette influence, le cancer diminue à la vérité souvent beaucoup, mais ne disparaît pas pour cela et poursuit avec la même régularité son évolution habituelle.

En même temps, on peut observer des phénomènes de généralisation extrêmement rapides. M. Verneuil cite deux exemples de cette généralisation, que rien ne pouvait faire prévoir avant l'application de l'appareil compressif. Se produit-il là, sous l'effort compresseur, une dissociation intime des éléments qui sont rendus libres, migrateurs, et qui sont emportés facilement par le torrent circulatoire ?

L'explication peut être combattue, mais le fait est certain.

On devra donc abandonner complètement, même à titre palliatif, la méthode de la compression dans le traitement des tumeurs malignes. On ne la conseillera pas non plus dans les tumeurs bénignes volumineuses qu'il serait interminable d'essayer de faire disparaître par ce moyen, en admettant même que la tentative la plus obstinée réussît, ce qui est fort douteux.

Elle n'en reste pas moins un moyen très recommandable pour les tumeurs bénignes, de très petit volume ; nous avons cité un succès dû à l'emploi de cette méthode

et nous n'hésiterions pas à la conseiller pour tous les cas analogues.

Les divers moyens de l'appliquer sont bien connus, sinon faciles. Le meilleur appareil, quand il est bien fait, consiste à superposer à la tumeur une pile de rondelles d'amadou, sur lesquelles on exercera une compression à l'aide d'ouate et de bandes sèches ou de caoutchouc.

La maison Mathieu a construit un appareil à capsule dans le même but et qui pourra rendre des services analogues.

Ponctions et injections. — Parfois la tumeur de la mamelle se présente sous la forme d'une ou de plusieurs bosselures fluctuantes, qui témoignent de la nature kystique de la production néoplastique. On a donc songé à traiter ces kystes comme ceux qui s'observent en d'autres points du corps et sans parler des *incisions larges*, des *excisions partielles* qui sont de mauvaises opérations, on a pu pratiquer dans ces kystes des *ponctions* avec aspiration, suivies d'*injection iodée* ou *caustique* de nature quelconque. C'est ainsi que nous voyons, dans une des dernières publications de Lister (1), deux cas de tumeurs kystiques guéries par la ponction suivie d'injection au chlorure de zinc.

Malgré ces résultats encourageants, nous ne pouvons espérer, en général, la réalité d'une guérison aussi absolue, car les kystes simples sont exceptionnels à la ma-

(1) *Lister*. A serie of cases of mammary diseases. Brit. m. London, 1881, ii 777.

melle, et autour de la poche kystique il y a généralement un tissu néoplasique qui constitue la masse principale ou au moins primordiale de la tumeur, dont le kyste n'est qu'une partie secondaire.

Le kyste est tari à la rigueur, mais reste encore le néoplasme qui subsiste toujours à l'injection, s'il n'est pas excité par l'irritation que celle-ci a pu causer à la paroi kystique.

Le véritable traitement de ces tumeurs kystiques consiste donc, non pas à évacuer le kyste, mais à débarrasser la malade de sa tumeur par l'extirpation.

Ajoutons que ces néoplasmes sont presque toujours des sarcomes de nature variable, c'est-à-dire des tumeurs promptes à récidiver; il faut donc les enlever largement sans ménager la capsule fibreuse qui les entoure, et même l'atmosphère suspecte qui environne cette capsule. Nous reprendrons cette idée au moment où nous exposerons le mode opératoire applicable à cette variété de tumeurs.

Electricité. — Nous n'aurions pas songé à ressusciter cette pratique de l'électrisation des tumeurs si, au Congrès de Londres de 1881, Semmola n'avait cherché (1) à la remettre en honneur, en apportant d'Italie des faits pour l'appuyer et une théorie complète pour la défendre.

Malgré cette tentative, il y a peu d'apparence, d'ailleurs, que l'électrisation soit destinée à se substituer à

(1) *Semmola.* Local and general treatment of malignant tumours of the breast and other external parts. Tr. internat. med. Congress, 7 sess. London, 1881, ii 222.

l'exérèse des tumeurs, qui en est le seul véritable traitement, et dont il nous reste maintenant à nous occuper.

Exérèse. — L'exérèse est donc le procédé de choix, on peut dire, sauf exception rare, le seul procédé à employer dans la cure des tumeurs de la mamelle. Mais si le procédé est un, les moyens mis en œuvre pour l'exécuter sont multiples. On les connaît, nous les avons empruntés au tableau de Broca, ce sont : *La ligature en masse*, *l'écrasement linéaire*, *la galvanocaustie*, *la cautérisation linéaire* et enfin *l'instrument tranchant.*

Ligature élastique. — Qui songe encore à enlever la mamelle à l'aide de la ligature élastique ou de l'écraseur? Cette méthode d'exérèse, peu aisée à plier aux exigences de l'extension néoplasique, a fait place depuis longtemps à des moyens plus chirurgicaux et moins aveugles pour ce cas particulier; aussi notre étonnement a-t-il été assez grand en relevant cette année même dans le numéro du Journal de Médecine de Paris du 12 octobre dernier, une observation venue de Limoges et qui rapportait l'histoire d'une tumeur mammaire extirpée à l'aide de la ligature élastique. Il est à espérer que cette tumeur n'était pas de nature maligne.

Peut être ce médecin s'était-il inspiré d'une opération rapportée comme une invention extraordinairement ingénieuse par un allemand du nom de Szúman (1).

(1) *Szuman.* Amputatio mammæ auf unblutige wege. Centr. für chir., 1880, p. 641.

Cet auteur conseille d'enlever les tumeurs de la mamelle par un système de ligatures partielles analogues à celles qui se pratiquent pour lier le pédicule dans l'ovariotomie. Ces divers procédés d'exérèse par ligatures datent de loin et sont oubliées depuis longtemps.

Cautérisation linéaire. — Plus grand et plus durable a été l'engouement des opérateurs pour la méthode d'exérèse préconisée par Girouard (de Chartres), Follin, et qui consistait à circonscrire la tumeur à l'aide de cautérisations successives.

Girouard cernait la région malade à l'aide de bandelettes de pâte de Canquoin, qui successivement étaient placées plus profondément. La tumeur, peu à peu pédiculisée par l'eschare, se détachait à la fin.

Maisonneuve, par un procédé plus rapide, enfonçait derrière le néoplasme une série de flèches dirigées concentriquement à la manière des rayons d'une roue, et de façon à ce que leurs pointes se réunissaient dans la profondeur.

La tumeur, ainsi séparée des tissus profonds par une rosace de flèches caustiques, le devenait rapidement par une large eschare et se détachait avec elle.

On conçoit que ces diverses méthodes aient pu être imaginées au temps ou la moindre incision au bistouri pouvait avoir des suites si redoutables, mais actuellement tout doit les faire abandonner, ne fut-ce que la douleur qui les accompagne.

Ajoutons à cela, sans insister plus, qu'elles peuvent être dangereuses, qu'on a égaré une flèche de chlorure

de zinc dans la plèvre et non sans inconvénients ; qu'elles doivent dans la plupart des cas être impraticables, toutes les fois qu'il existe un engorgement ganglionnaire de l'aisselle, par exemple.

Galvanocaustie. — Nous adresserons à l'anse galvanique le même reproche qu'à l'écraseur ; sa marche est aveugle et impuissante à enlever justement ce qui est malade et dans toutes ses limites.

Le couteau galvanique si commode en certaines régions se manie très difficilement au sein ; il s'éteint très facilement et est impuissant à réprimer la plupart des jets vasculaires.

Thermocautère. — Il en est de même du thermocautère. Peut-être toutefois ce dernier instrument pourrait-il trouver son emploi chez des femmes très maigres, mais en tout cas nous aurons à le recommander lorsque nous traiterons de la poursuite des récidives à leur début.

Pour le moment il s'agit de l'extirpation d'une tumeur mammaire ou plus fréquemment de la mamelle en totalité.

L'exérèse par le caustique potentiel ne se soutient plus, le galvanocautère, le thermocautère perdent ici leur principal avantage qui est d'assurer l'hémostase.

A défaut de l'hémostase, les méthodes ignées pouvaient être défendues autrefois, lorsqu'elles étaient une garantie contre les accidents septiques post-opératoires si redoutables alors. Aujourd'hui cette crainte est disparue et l'exérèse par les caustiques ou par le feu, perdant

toute raison d'être, doit disparaître devant la méthode à la fois la plus fidèle et la plus commode : la méthode à l'instrument tranchant.

Instrument tranchant. — Quand nous vantons les avantages de l'instrument tranchant, nous n'entendons aucunement nous servir de ces outils plus bizarres qu'ingénieux, dont nous voulons dire deux mots seulement, et qui, heureusement pour le bon sens français, ont été inventés dans un autre pays que le nôtre.

Leisrink (1), en effet, proclame les avantages d'un appareil à deux lames serrées par des vis à la manière d'un clamp, destiné à assurer l'hémostase.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que d'autre part et dans un numéro suivant du *Centralblatt*, Stukowenkoff réclame par lettre la priorité de l'invention de cet instrument, dont il aurait donné la description un an auparavant (2) dans un journal de Moscou.

Nous laissons à penser ce qu'il faut juger de l'intérêt de la controverse; nous conclurons simplement en faveur du bistouri seul et dégagé de toutes ligatures partielles ou instruments quelconques. C'est l'instrument le plus efficace, car c'est le seul qu'on puisse diriger partout où il y a du tissu suspect à enlever, et qui se plie aux exigences les plus variées de l'opération (dissection du grand pectoral, recherche des ganglions axil-

(1) *Leisrink.* Uber unblutige amputation der weitblichen Brust. Cent. für chir., 1880, p. 481.

(2) *Stukowenkoff.* Protokolle der Moskaner chirurgischen Gesellschaft, p. 371, 1879.

laires, etc.); c'est un instrument qui n'est plus à redouter au point de vue des suites infectieuses, et quant à la facilité qu'il donne à l'opérateur, il serait presque puéril d'en parler.

Exérèse au bistouri. — L'extirpation au bistouri des tumeurs de la mamelle comprendra diverses modalités, suivant la nature et surtout suivant l'étendue de la tumeur ; nous avons déjà au moins indiqué ce point de la question, et on comprend combien il serait également absurde d'enlever toute la mamelle et les ganglions axillaires pour un fibro-adénome très petit, ou d'extirper partiellement une tumeur maligne du même organe.

Mais si l'hésitation à étendre ou à restreindre l'exérèse n'existe pas en présence d'exemples aussi tranchés, celle-ci peut se présenter, au contraire, et souvent lorsqu'il existe une tumeur mammaire maligne sans engorgement ganglionnaire apparent.

Ici la solution est moins aisée à donner, aussi croyons-nous nécessaire d'énoncer d'abord les différentes catégories d'exérèse qui peuvent être employées à la mamelle, de les discuter ensuite de manière à établir comment on doit comprendre et à quels cas on doit appliquer chacune d'elles.

On comprend que l'extirpation d'un néoplasme mammaire puisse porter successivement sur :

1° *La tumeur seule.*
2° *La glande mammaire en partie.*
3° *La mamelle en totalité avec ses enveloppes.*

4° *La mamelle et les ganglions axillaires, mais par une seule incision bien entendu.*

5° Enfin, *une étendue plus considérable encore* et variable suivant les cas, très exceptionnels d'ailleurs, où une telle opération pourra être justifiée.

Examinons maintenant la règle qui doit guider dans le choix de l'un ou de l'autre de ces divers modes d'exérèse.

Théorie de la zone suspecte. — Nous l'avons indiqué à l'article du diagnostic des différentes variétés anatomiques des tumeurs de la mamelle, et nous le rappellerons ici plus expressivement encore en rapprochant ces diverses variétés les unes des autres; ce n'est pas seulement l'étendue proprement dite de la tumeur qui doit guider l'exérèse, c'est la considération de la zone suspecte qui environe cette tumeur et d'une manière qui est propre à chacune des espèces anatomiques.

Voyons donc ce que deviendra cette zone suspecte et ce que devront être les limites opératoires dans les divers modes d'exérèse énumérés plus haut.

1° *L'extirpation de la tumeur seule* est applicable, on le comprend à toutes les tumeurs bénignes, circonscrites et assez petites pour être limitées à une faible partie de la glande. Ici on serait tenté de repousser l'idée de toute zone suspecte en face du caractère entièrement bénin, en face de la disposition en quelque sorte enkystée de la tumeur. Si quelques adénomes très mobiles, arrondis, bien isolés, ont pu être guéris en effet par simple énucléation, il n'en faut pas moins se garder d'employer

toujours ce procédé d'exérèse dont les résultats sont incertains. Gross (1), en tête de ces conclusions pose ce précepte que l'adénome après énucléation simple, a tendance à récidiver, et la vérité est que ces tumeurs et surtout les fibro-adénomes sont entourés d'une coque fibreuse plus ou moins épaisse, constituée par du tissu fibro-plastique qui peut devenir l'origine d'une récidive, si on le laisse en place.

Si donc on a affaire à une tumeur circonscrite de nature bénigne, il faudra non pas *énucléer*, mais *extirper* cette tumeur avec la coque fibreuse qui lui sert ordinairement d'enveloppe.

Nous ne voulons pas, encore un coup, conseiller un délabrement trop grand ; mais l'énucléation *pure et simple*, qui suffit dans quelques cas, nous semble dans beaucoup d'autres assez sujette à caution. Il sera, suivant nous, préférable en tous cas d'extirper la tumeur en totalité, en dépassant ainsi légèrement les limites du mal.

L'opération qui consiste à enlever la *glande mammaire en partie*, à extirper un département de la mamelle, est rarement indiquée ; elle ne peut guère être justifiable qu'au début de l'épithélioma, alors que la production maligne occupant une partie d'un segment mammaire, il ne se trouve de suspect que les canaux efférents de ce même cône glandulaire.

Nous avons exposé ailleurs, et notre observation IX montre nettement la façon dont les canaux galactophores efférents subissent des altérations visibles d'abord au microscope seul, puis plus tard à l'œil nu.

(1) *Gross*. Loc. cit.

L'ensemble du cône glandulaire dans lequel est incluse la tumeur forme donc une zone suspecte qu'il faudra enlever en totalité même si elle semble d'aspect normal, et avec plus de soin encore si l'incision exploratrice faite séance tenante a démontré le début d'une altération impossible à reconnaître avant l'opération.

Dans ces cas seuls, et il sont rares, on pourra donc limiter l'extirpation au seul segment glandulaire envahi, en ayant soin toutefois de le dépasser par une mesure de prudence nécessaire.

Disons, pour terminer, que l'envahissement partiel d'un segment de la glande peut affecter certaines dispositions particulières qui réclament un mode d'extirpation spécial.

Il peut arriver par exemple que la tumeur siège dans le segment glandulaire situé à la région externe et supérieure de la mamelle, au point où elle confine au creux axillaire. Alors, en même temps qu'il existe une tumeur circonscrite du sein, il pourra se faire que des ganglions soient envahis dans l'aisselle et se trouvent ainsi très rapprochés de la tumeur. Dans un cas pareil, l'ablation de tous les ganglions et du segment mammaire envahi sera suffisante pourvu qu'elle soit pratiquée largement, et y compris la peau intermédiaire au sein et à l'aisselle. Si au contraire la tumeur a poussé dans un point différent, à la partie interne et inférieure du sein, par exemple, et que les ganglions axillaires soient également envahis, on comprendra que, dans ce cas, il soit nécessaire d'enlever non seulement la partie de la mamelle envahie, mais encore toute la glande qui se trouve naturellement tra-

versée par les lymphatiques se rendant aux ganglions de l'aisselle altérés secondairement.

En résumé, ces amputations partielles de la mamelle sont plus justifiables en théorie qu'en pratique ; la vérité est que toutes les fois qu'une tumeur, un épithélioma surtout, aura envahi ou commencé à envahir tout un segment mammaire, on pourra considérer le reste de la mamelle comme dangereux à conserver. Nous ne conseillons cette parcimonie dans l'extirpation que bien timidement et pour des cas particuliers seulement ; particularités tenant soit à la nature de la malade, soit à celle de la tumeur (*fibrome*, *kyste isolé*, etc.).

Notre réserve est d'autant plus grande que l'extirpation totale ne cause guère un plus grand délabrement et que la durée de la guérison n'est que très peu retardée par l'exécution d'une opération plus complète et véritablement plus sûre.

L'extirpation totale de la mamelle avec ses enveloppes s'impose, et d'une manière absolue alors, dans toutes les tumeurs qui envahissent tout le sein ou seulement son centre, au point ou convergent les éléments qui constituent le système efférent de tous les segments glandulaires.

Ces tumeurs, qui sont principalement des épithéliomas plus étendus que précédemment et surtout des sarcomes polykystiques, adhérent communément à la peau et aux parties profondes, en sorte que l'extirpation doit être des plus soigneuses et comprendre *non seulement la mamelle*, mais *toute la peau qui la recouvre*, *les enveloppes de la*

glande sur une large étendue et profondément même l'aponévrose du grand pectoral.

Faute de toutes ces précautions, la récidive manque rarement de se faire *in situ*, surtout pour les tumeurs fibro-plastiques.

Ces tumeurs offrent, en effet, à leur périphérie, des tractus fibreux (zone suspecte) qui semblent souvent de bonne nature au moment de l'opération, qu'on néglige alors et qui deviennent l'origine d'une repullulation rapide et toujours redoutable.

Nous rappelons les exemples et l'observation VIII que nous avons déjà cités à l'appui, qu'on nous permette encore de rapporter une observation des plus concluantes de Page à cet égard (1).

En 1877, *énucléation* d'une tumeur fibro-plastique de la mamelle, circonscrite. Réunion par première intention.

En 1881, la malade ayant subi une seconde opération, pratiquée par un autre chirurgien, revient se faire opérer par Page avec une récidive grosse comme une moitié de noix de coco. Le grand pectoral est envahi. Extirpation. La réunion par première intention est encore tentée et réussie.

En 1882. Nouvelle récidive, nouvelle opération avec réunion.

Enfin, neuf mois après, récidive encore, la quatrième, sans qu'une seule fois les ganglions axillaires eussent été pris.

La possibilité de l'opération fut alors mise en doute et discutée, tellement il restait peu d'étoffe pour la réunion

(1) *Page Fred.* Case of recurrent tumours of the mamma five times operated upon in four years. Lancet, London, 1882, i 844.

et tellement grande devait être l'exérèse ! Néanmoins, l'extirpation fut tentée, faite très largement avec l'idée de ne pas essayer la réunion. La guérison fut complète.

L'examen histologique a fait voir que pour toutes les fois il s'agissait de sarcome.

Cette observation montre de toute évidence combien la parcimonie dans l'exérèse favorise la récidive, elle est encore plus intéressante en ce qu'elle prouve le rôle néfaste de la réunion ou plutôt de l'idée de la réunion par rapport à cette même récidive. Nous reviendrons sur ce dernier point qui est de la plus grande importance.

Aussi soigneuse, aussi étendue devra être l'extirpation de tout le mal dans les *tumeurs qui ont engorgé les ganglions de l'aisselle*, il est à peine besoin de le dire.

Ces néoplasmes envahissent habituellement toute la glande ; mais en eussent-ils épargné une partie, il n'en faudrait pas moins extirper largement toute la mamelle avec la peau, qu'elle soit ou non adhérente ; l'aponévrose du grand pectoral, le muscle même s'il est envahi, et enfin les ganglions axillaires avec le tissu cellulaire qui les entoure, avec encore le bout de peau qui relie ces ganglions à la mamelle et qui contient les lymphatiques efférents.

Tous ces préceptes sont vulgaires ; il est évident que pour ces sortes de tumeurs la zone suspecte s'étend jusque dans l'aisselle, comprenant la peau, les lymphatiques et le tissu cellulaire intermédiaire, comme elle comprenait toute la région mammaire dans la catégorie précédente. Mais si l'étendue du sacrifice à faire est évidente à concevoir lorsque les ganglions engorgés exis-

tent dans l'aisselle, que la tumeur occupe toute la mamelle ayant envahi la peau, il en est tout différemment en certains cas. Prenons une tumeur de nature manifestement maligne qui a plus ou moins envahi la mamelle et la peau, peu importe, et qui d'ailleurs ne s'accompagne d'aucun engorgement axillaire apparent. Y a-t-il lieu de considérer le mal comme localisé à la région mammaire, sur une étendue variable d'ailleurs, ou bien faut-il étendre la zone suspecte jusqu'au contenu axillaire sain en apparence? La récidive dans l'aisselle après ablation large de la région mammaire a eu lieu trop souvent dans des cas pareils pour laisser aucun doute sur la possibilité d'une altération latente de ces ganglions axillaires.

La solution de cette question a donc préoccupé les chirurgiens à juste titre ; elle a donné lieu à des publications récentes si intéressantes que nous ne pouvons pas manquer de nous étendre un peu sur ce sujet.

Déjà en 1878, Von Winiwarter donnait, dans son livre sur le cancer, le conseil, dans tous les cas de carcinome de la mamelle où l'on n'est pas absolument sûr de l'intégrité des ganglions, d'ouvrir l'aisselle et de la disséquer jusqu'aux vaisseaux.

Puis, en août 1881, au Congrès de Londres, Samuel Gross (1) arrivait aux mêmes conclusions, au cours d'une intéressante communication sur le traitement des divers néoplasmes de la mamelle. Enfin, presque en

(1) *S. Gross*. Loc. cit.

même temps, en France, M. Kirmisson (1), posant nettement la question, traitait ce sujet à fond dans un rapport présenté à la Société de chirurgie. Appuyé sur trois faits personnels, cet auteur recommande, dans tous les cas de tumeurs malignes qui ne présentent aucun ganglion apparent, d'ouvrir l'aisselle pour aller à la recherche de ces ganglions qui, s'ils échappaient à l'exploration clinique, deviennent ordinairement reconnaissables une fois l'aisselle ouverte. Il faut alors, avec le doigt, explorer attentivement la cavité axillaire et extirper toute partie suspecte sur une large étendue. C'est pourquoi, comme règle générale, conseille-t-il de prolonger l'incision parallèlement au bord inférieur du grand pectoral jusque dans l'aisselle, afin de favoriser l'ablation large du contenu axillaire. Nous reviendrons sur ce point.

Plus récemment enfin, Küster (2), Pearce-Gould (3), conseillent également le nettoyage primitif et méthodique de l'aisselle dans tous les cas de tumeurs malignes du sein, même si l'exploration faite directement dans le creux axillaire pendant l'opération n'a rien fait reconnaître de suspect dans les ganglions.

La vérité est que, sans aller pour tous les cas et sans nécessité, faire « *la toilette* » du creux axillaire, nous n'hésiterons pas à conseiller ce complément de l'opéra-

(1) *Kirmisson*. Rapport à la Soc. de chirurgie, déposé le 14 décembre 1881, venu en discussion le 1er février 1882.

(2) *Küster*. Zur Behandlung der Bruskrebses deutsche Gesellschaft. chir. med. Berlin . klin. Wochenschrift, p. 339, 1883.

(3) *Pearce-Gould*. Soc. médicale de Londres, 27 mars 1882.

tion, non seulement dans les engorgements ganglionnaires certains, mais même aussi dans les douteux.

On objectera que la gravité opératoire est beaucoup plus grande quand on ouvre l'aisselle que quand on pratique l'amputation simple de la mamelle, et que la mortalité de la première opération est plus grande de beaucoup.

Et en effet, les statistiques semblent démontrer nettement cette gravité particulière qui tiendrait alors et à l'étendue de l'opération et à la nature de la région qui aurait supporté cette opération.

Oldekop dresse le tableau suivant très frappant :

	MORTALITÉ.
Amputation partielle du sein sans aisselle...	6 0/0
— totale du sein sans aisselle......	9 0/0
— totale avec aisselle............	13 0/0

D'autre part, Korteweg (1) empruntant les éléments de sa statistique au mémoire de Winiwarter, conclut à une mortalité de 20 0/0 pour les amputations du sein avec nettoyage du creux de l'aisselle.

C'est donc une opération qui semble grave et qui paraît ne devoir être faite que quand, et seulement lorsque cela est nécessaire.

Nous dirons d'abord que les statistiques allemandes ont porté sur des cas dans lesquels les ganglions axil-

(1) *Korteweg*. (Loc. cit.)

laires étaient tous apparents, que dans bon nombre de ces faits évidemment il y avait des ganglions placés très haut dans le creux axillaire, adhérents aux vaisseaux, toutes conditions très défavorables et qui ne se rencontrent guère dans l'opération de prudence que nous conseillons.

De plus, il n'est pas douteux, pour nous du moins, que la manière de terminer l'opération et de pratiquer les pansements ne soit pour beaucoup dans l'élévation de la mortalité et dans la production des accidents post-opératoires.

La réunion par première intention de plaies aussi étendues et anfractueuses n'est pas favorable.

Avec la non réunion et les pansements ouverts on peut dire que nous avons en mains de quoi être maître des accidents, quels qu'ils soient, sauf ceux qui relèvent de l'état général de la malade. Ce qui nous confirme, plus que tous les raisonnements, dans cette opinion, c'est l'heureux résultat de toutes les opérations que nous avons vu pratiquer avec ou sans exploration de l'aisselle. Une seule malade est morte quelques jours après l'opération.

La gravité n'est donc pas en rapport direct avec l'étendue de l'opération et on ne doit hésiter dans aucun cas à prolonger l'exploration jusqu'à l'intérieur de la cavité axillaire.

Nous dirons donc pour finir que, dans toutes les tumeurs malignes du sein il faut enlever largement au delà des limites du mal à la mamelle (enveloppes, aponévrose du grand pectoral, muscle lui-même) ; et de plus

prolonger l'incision jusqu'à l'aisselle, reconnaître et extirper avec la même libéralité tout ce qui s'y trouve de suspect, à quelque hauteur qu'il faille aller et quels que soient les délabrements qu'il soit nécessaire de pratiquer, dans les limites du raisonnable toutefois. Telle est d'ailleurs l'opinion de M. Verneuil et de divers membres de la Société de chirurgie qui prirent part à la discussion soulevée à propos du mémoire de M. Kirmisson (1) dont les conclusions s'exprimaient aussi dans ce sens.

Nous rappellerons ici, à cause de l'importance que nous y attachons, qu'il est indispensable d'extirper avec le plus grand soin le tissu cellulaire intermédiaire aux ganglions et à la tumeur. C'est là que se trouvent les lymphatiques qui ont servi de conducteurs à l'infection propagée aux ganglions et on comprend quel rôle ils joueraient dans la récidive qui ne manquerait pas de se faire s'ils étaient laissés en place.

Les obs. XI et XII sont un exemple des plus frappants de ce que nous venons de dire. La tumeur et les ganglions avaient bien été extirpés, mais au moyen de deux incisions isolées qui laissaient entre elles un pont de peau renfermant des lymphatiques altérés.

Donc les enveloppes de la glande, l'aponévrose du grand pectoral, quelquefois le muscle ; puis, les lymphatiques allant à l'aisselle, les ganglions de cette région avec tout le tissu cellulaire qui environne ces diverses parties, sans oublier la peau qui les recouvre, consti-

(1) Rapport de *Th. Anger*. Sur mémoire de *Kirmisson*. Bull. Soc. chirurg., 1er février 1882.

tuent une zone suspecte qu'il sera nécessaire d'extirper en totalité dans les tumeurs malignes de la mamelle.

On peut concevoir qu'il soit possible de pratiquer des *opérations plus étendues encore*, mais celles-ci n'ont véritablement plus de règles précises, et d'ailleurs nous ne saurions les conseiller qu'avec une très grande réserve. Cependant parfois quand la peau est envahie sur une certaine étendue sans dissémination ganglionnaire trop grande, on pourra être amené à enlever tout le mal et à pratiquer ainsi une véritable décortication de la poitrine. D'autres fois ce sont des malades chez lesquelles les ganglions axillaires et sus-claviculaires sont envahis, et auxquelles on ne peut refuser une opération qui équivaudrait pour elles à une condamnation à courte échéance. Toutes ces opérations sont suivies exceptionnellement de résultats satisfaisants, nous n'en parlerons pas davantage, laissant à chacun le soin de se déterminer suivant le cas particulier.

Ainsi, nous avons examiné successivement la nature, l'étendue des néoplasmes mammaires communément observés, dans tous les cas possibles ; nous avons appris à décider de l'abstention ou de l'intervention suivant chacun de ces cas, et dans un dernier chapitre nous avons vu que l'ablation de ces diverses variétés de tumeurs devait être faite au bistouri et avec une étendue variable, que nous avons fixée pour chacune d'elles. Il nous reste à décrire cette opération, et pour ne pas répéter notre description pour chacune des variétés opératoires que nous venons de passer en revue, nous prendrons pour type la plus commune, comme aussi la plus difficile,

celle qui, s'adressant aux tumeurs malignes, a pour objectif d'enlever complètement et la région mammaire et le contenu de l'aisselle. Çà et là nous relèverons ce qui sera important à connaître pour les opérations qui diffèrent un peu de ce type général.

CHAPITRE II.

OPÉRATION, TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

On connaît les préparatifs qui doivent nécessairement précéder toute opération, en dehors des explorations spéciales, telles que l'examen soigneux des urines fait le jour encore où on opère. Nous ne les rappelons que pour mémoire : il faut purger, baigner les malades, et chez les femmes s'enquérir avec soin de l'époque des règles, de façon à opérer dans la première moitié de la période intermenstruelle.

Ces précautions prises, l'appareil instrumental le plus simple suffira : un bistouri, des pinces hémostatiques, mais nombreuses, des aiguilles de Deschamps ou de Cooper, des écarteurs, ou mieux des érignes.

L'opération ainsi préparée comprendra trois temps, deux seulement dans les tumeurs de la 1re ou la 2e zone, dans les tumeurs bénignes.

1er *temps. — Incision de la peau.*

2e *temps. — Dissection de la tumeur ou de la mamelle.*

3e *temps. — Ablation des ganglions ou visite de l'aisselle.*

(Ce dernier temps n'est exécuté que dans les tumeurs malignes. Disons-le tout de suite, il existe parfois avec une tumeur bénigne, un ganglion engorgé dans l'aisselle, qu'on juge alors être de nature inflammatoire, et qu'on peut laisser sans l'extirper; rien de fâcheux ne s'en-

suit généralement et ces ganglions, bénins en quelque sorte, disparaissent une fois la tumeur du sein enlevée).

1er TEMPS : *Incision de la peau.* — S'il s'agit d'une tumeur bénigne petite, si surtout on opère chez une jeune femme, on s'efforcera d'enlever la tumeur par une incision simple ou par deux incisions ne comprenant pas le mamelon. Il sera préférable de les faire dans le segment inférieur de la mamelle dans le même but cosmétique. Disons toutefois que ce point de vue ne doit être que tout à fait secondaire, qu'avant tout il faut enlever toute la tumeur et même le mamelon si cela était nécessaire. C'est pourquoi le procédé spécial que recommande Thomas (1) ne nous satisfait pas beaucoup. Cet auteur incise dans le sillon mammaire inférieur, dissèque la glande jusqu'au muscle, relève celle-ci par la moitié inférieure et va dans son intérieur chercher à extirper la tumeur. L'ablation terminée il replace la mamelle dans sa position et pose des points de suture. Quand la tumeur siège dans la moitié supérieure, il fait l'incision dans la ligne courbe supérieure.

Ce procédé n'est évidemment pas destiné aux tumeurs malignes; mais, même pour les tumeurs bénignes, il serait à craindre que l'extirpation ne pût être assez large pour éloigner toute crainte de retour.

En tous cas, cette préoccupation de l'automorphie n'existe plus, ne peut plus exister quand il s'agit de tu-

(1) *Thomas.* On the removal of benign tumors of the mamma without mutilation of the organ. N.-York, m. j. 1882, XXXV, 337.

meurs malignes; il n'est plus question ici de conserver au mamelon sa forme ni même son existence.

Il faut par une double incision courbe limiter toute la région mammaire. — Là est la difficulté. — En bas la limite est toute naturelle, elle est tracée par le sillon que forme la mamelle abandonnée à son propre poids.

C'est suivant cette ligne que devra être conduite l'incision inférieure. La limite supérieure n'est pas tracée ainsi, et chez certaines femmes maigres, il est parfois impossible de sentir ou s'arrêtent les dernières ramifications glandulaires de la mamelle. Le mieux est alors de relever le sein (la femme étant couchée horizontalement) et d'achever circulairement l'incision inférieure. Dans tous les cas, il est prudent de dépasser un peu les limites qui semblent être celles de la mamelle. Il est bien entendu que ces incisions ne s'adressent qu'aux tumeurs dans lesquelles la peau n'est pas prise sur une grande étendue ; si l'envahissement de la peau déborde la région mammaire, la règle qui s'impose naturellement est de dépasser le mal cutané, en donnant à l'incision une étendue et une forme appropriée. Quoi qu'il en soit, ces deux incisions circonscrivent au niveau de la mamelle une raquette ovale ou ronde, qui est fermée en dedans et en bas du sein ; en haut et en dehors du côté de l'aisselle, elles convergent l'une vers l'autre. Arrivé là, on peut les réunir et continuer l'incision en suivant le bord inférieur du grand pectoral jusqu'au creux de l'aisselle, comme le conseille Kirmisson (1), ou bien même mener

(1) *Kirmisson*. Loc. cit.

les deux incisions isolément et parallèlement jusque dans l'aisselle, où on les réunit seulement. Elles circonscrivent ainsi entre elles un pont de peau qui contient les lymphatiques intermédiaires et qu'on extirpera avec le plus grand soin.

Les deux manières de faire peuvent trouver leur place ; nous conseillerions la seconde pour les cas où l'aisselle est remplie de ganglions et où tous les troncs lymphatiques intermédiaires aux ganglions et à la tumeur ont chance d'être envahis. .

D'une manière générale, du reste, il est bon de tracer d'un seul coup et peu profondément toute l'incision qui doit être faite. De la sorte, la marche du bistouri est toute fixée et ne peut plus être troublée par la présence du sang.

2e TEMPS : *Dissection de la tumeur ou de la mamelle.* — La dissection des tumeurs bénignes n'offre aucune difficulté, nous rappellerons seulement ce que nous avons dit de la coque fibreuse de ces tumeurs, il vaut mieux ne pas les énucléer.

La dissection de la mamelle dans les sarcomes et les tumeurs kystiques est plus délicate encore ; on se souvient de ce qu'est la zone suspecte pour ces tumeurs, et nous ne pouvons rappeler à nouveau les différents exemples frappants de récidives que nous avons déjà cités à ce propos.

Il faudra ici, comme dans les tumeurs malignes du reste, enlever toute la région mammaire et cette règle opératoire, qui semble facile à exécuter, offrira dans cer-

tains cas plus d'une difficulté qu'il est nécessaire de connaître.

Les mamelles bien formées, modérément volumineuses, s'enlèvent très bien. On peut dire encore que chez les femmes grasses l'opération n'offre que peu de difficultés. Il suffira pour une mamelle grasse de tailler en dédolant, en s'éloignant du sein pour se rapprocher de la peau. De la sorte on atteint facilement toutes les limites périphériques de la glande.

Mais chez les femmes maigres il en est tout autrement et il est bien difficile de donner cette direction externe au bistouri sans s'exposer à trouer la peau.

Poursuivi par cette crainte, le chirurgien est souvent exposé à laisser à la périphérie quelques grains glandulaires sous-cutanés. Le fait est assez fréquent et notre obs. XI en offre un exemple intéressant; la récidive s'était faite en deux points, marquant ainsi la place de deux grains glandulaires oubliés.

La mamelle est donc très difficile à disséquer en totalité chez les femmes maigres; les recherches sur le cadavre montrent que les grains glandulaires se prolongent souvent, chez les sujets maigres, assez loin de la proéminence mammaire, et plus d'une récidive est venue témoigner au chirurgien de l'insuffisance d'une opération qui semblait cependant complète.

Il faudra donc penser à cela pour apporter dans des cas semblables un soin plus scrupuleux à la dissection de la mamelle à la périphérie; il faudra savoir aussi, pour redoubler d'attention, que c'est surtout à la partie supérieure de la mamelle, là du reste ou les confins du sein

ne sont pas naturellement tracés, qu'échappent ces limites glandulaires incertaines (voir plus haut le tracé de l'incision).

La mamelle une fois bien isolée à la périphérie, il est nécessaire, dans la grande majorité des cas, d'enlever en totalité l'aponévrose du grand pectoral, par une dissection, faite à grands coups de bistouri, pour ne pas entamer les muscles.

Ce dernier ne sera extirpé en partie ou en totalité que s'il est envahi par la néoplasie.

Pendant tout ce temps, a peine doit-il couler un peu de sang. L'hémostase est du reste facile à faire et très peu de pinces sont à placer. Deux ou trois artérioles donnent du sang dans l'incision supérieure, autant en dehors, autant en dedans.

On comprend du reste que le nombre des vaisseaux à lier varie suivant la nature de la tumeur ; parfois, lorsque celle-ci se nourrit par sa profondeur, il faut mettre des pinces et desligatures sur de petites artères venues du grand pectoral.

3e Temps : *Ablation des ganglions, visite de l'aisselle.* — Jusqu'ici l'ablation des ganglions de l'aisselle était généralement exécutée sans aucun précepte particulier. M. Verneuil juge que l'importance de ce complément à l'opération est telle, qu'il y a lieu de lui appliquer des règles précises qu'il ne manque pas de poser au cours de son enseignement clinique, et que nous trouvons formulées, du reste, avec la plus grande précision, dans le travail de M. Kirmisson.

On sait que les ganglions axillaires, tributaires des lymphatiques venus de la région mammaire, peuvent se diviser anatomiquement et on pourrait dire cliniquement en trois groupes, qui sont en effet successivement envahis dans les tumeurs malignes de la mamelle. Ces trois groupes si bien décrits par M. Kirmisson (1) sont : *le groupe superficiel antérieur, logé suivant le bord inférieur du grand pectoral ; le groupe superficiel postérieur ou thoracique*, et enfin *les ganglions profonds* qui suivent le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle et remontent par une chaîne ininterrompue jusque sous le petit pectoral, sous la clavicule, passant ainsi dans la région sus-claviculaire. Ces derniers sont pris bien après les autres, mais il faut toujours s'assurer de leur intégrité.

Pour parvenir à faire l'extirpation de la totalité ou d'une partie de ces ganglions, il faudra suivre certaines règles et d'autre part se garder de commettre certaines fautes.

Il faudra en premier lieu éviter de jamais en faire l'ablation à l'aide d'incisions partielles ; cette pratique déplorable, encore parfois suivie, laisse dans le pont de peau intermédiaire aux ganglions et à l'aisselle des lymphatiques qui deviennent le point de départ de la récidive. Nous avons déjà cité des faits de cette nature et, pour éviter de pareils accidents, il nous semblerait préférable, comme nous l'avons déjà dit d'ailleurs, de conduire nos deux incisions mammaires parallèlement jusqu'au sommet du creux de l'aisselle, de façon à extirper même cette région cutanée.

(1) *Kirmisson*. Bull. Soc. anat., 1882, t. VII, 4e série, p. 453.

Sans aller aussi loin, M. Kirmisson (1) donne à cet égard des conseils qui nous paraissent devoir apporter la plus grande sécurité à l'opération.

Nous citons le passage : « Nous pensons qu'il serait « préférable de prolonger en dehors l'incision le long du « bord inférieur du grand pectoral jusqu'à la cavité « axillaire.

« La tumeur est d'abord isolée de toutes ses con- « nexions, ou mieux la mamelle tout entière est dissé- « quée car, dans tous les cas de tumeur maligne du sein, « c'est la glande entière et non le néoplasme seul qu'il « s'agit d'extirper, mais on la laisse appendue au tissu « cellulo-graisseux qui s'étend en dehors le long du bord « inférieur du muscle grand pectoral.

« C'est en effet dans l'épaisseur de ce tissu cellulaire « que cheminent les vaisseaux lymphatiques allant de la « mamelle aux ganglions axillaires. Ce tissu cellulo- « graisseux est disséqué à son tour ; arrivé dans la cavité « axillaire il devient, comme chacun le sait, extrêmement « mollasse, peu adhérent aux parties voisines, et se « laisse facilement décoller avec le doigt. Cette circon- « stance anatomique permet de constituer facilement à « la tumeur au niveau du sommet de l'aisselle un véri- « table pédicule par lequel elle est appendue aux ra- « meaux vasculaires qui se jettent dans la veine et dans « l'artère axillaire. Rien n'est plus facile que de placer « une ligature sur le pédicule et d'exciser au-dessous de « la ligature les parties à retrancher. »

(1) *Kirmisson*. Bull. Soc. chirurg. Loc. cit.

On le voit, ce *nettoyage* du creux de l'aisselle est réglé comme une ligature de pédicule ovarien ; quelques lignes plus loin, complétant ces dernières, M. Kirmisson recommande de ne jamais *énucléer* les ganglions, mais de les *disséquer* avec l'atmosphère celluleuse qui les entoure, de manière à ne laisser échapper ni un petit ganglion satellite inappréciable, ni un lymphatique efférent.

C'est en effet avec ce soin tout particulier que doit être faite cette extirpation des ganglions ; elle peut se résumer en deux mots : *disséquer en avant au niveau du bord inférieur du grand pectoral, en arrière au niveau du bord antérieur du grand dorsal ; et enlever soigneusement et par une large dissection tout le tissu cellulaire et toute la masse des ganglions qui sont alors mis à nu et qui remplissent l'aisselle et la plaie opératoire.*

Telle est la marche générale de l'opération, mais le point principal est la dissection des ganglions juxta-vasculaires dont il nous reste à parler ainsi que des ligatures.

En premier lieu il est un principe qui ne doit jamais être oublié, c'est qu'en raison de la mollesse du tissu cellulaire abondant et en raison aussi des dangers inhérents à à la région, le bistouri doit être absolument laissé de côté dès que l'aisselle est ouverte. Les doigts pour opérer la dissection, les ciseaux pour sectionner entre deux ligatures ou pour couper les adhérences trop résistantes (obs. XIV), doivent être ici les seuls agents de l'exérèse. Nous ne parlons pas de l'aiguille de Deschamps, qui ne devra pas quitter la main du chirurgien pendant tout le temps de l'ablation des ganglions.

On enlèvera donc facilement les deux groupes de ganglions superficiels en passant derrière eux, à l'aide de l'aiguille de Deschamps, des fils à ligature destinés à serrer les ramifications vasculaires appartenant aux vaisseaux mammaires externes, satellites ordinaires de ces ganglions.

Mais la manœuvre est tout autrement délicate quand il s'agira d'extirper les ganglions profonds logés en chaîne au pourtour des gros vaisseaux. Il faut avant toutes choses reconnaître les difficultés de la position pour savoir les vaincre, et pour cela aller droit au point périlleux et chercher le paquet vasculaire.

Celui-ci, une fois découvert, on devra reconnaître la veine axillaire qui est toujours ou presque toujours la seule branche vasculaire qui est intéressée.

L'artère, en effet, est tout à fait exceptionnellement gagnée par la néoplasie; s'il en était ainsi pourtant, il vaudrait mieux abandonner l'opération.

La veine une fois recouverte, deux cas peuvent se présenter :

1° *Il sera possible d'isoler la veine.* — On pratiquera alors l'isolement de la masse ganglionnaire en arrière, en avant et en dedans. Puis les ganglions ne tenant plus qu'à la veine et par les branches vasculaires collatérales, on pratiquera une série de ligatures en masse à l'aide de l'aiguille de Deschamps, et qui successivement amèneront la libération du paquet ganglionnaire à extirper.

2° *Veine adhérente aux ganglions.* — Dans ces cas, le segment veineux suspect devra être sacrifié. Après avoir

assuré l'hémostase par une double ligature supérieure et inférieure à la veine, la résection du segment intermédiaire sera effectuée avec les mêmes précautions de ligatures multiples en masse que précédemment.

En un mot, ne jamais libérer la plus petite partie de la partie suspecte à extirper avant d'avoir assuré l'hémostase du point à sectionner par une ou plusieurs ligatures en masse,

La résection de la veine axillaire, pour effrayante qu'elle semble au premier abord, n'est pas un acte opératoire d'une grande gravité. C'est le corollaire obligé de plus d'une amputation de la mamelle, et M. Verneuil l'a pratiquée nombre de fois et souvent sur une étendue de plusieurs centimètres, sans autres accidents appréciables.

Un point à signaler en passant : il faut bien se garder, au cours de cette extirpation des ganglions, de tirer sur la masse ganglionnaire. Cette traction amène une déviation telle du paquet vasculaire attenant, que l'artère ou la veine ainsi déviées pourraient être blessées ou prises dans une ligature.

Il peut arriver aussi que l'aisselle profonde soit difficile à explorer ou que des ganglions envahis par le néoplasme soient sentis profondément sous le muscle grand pectoral très développé. Dans ces cas, l'opération est difficile à terminer d'une manière satisfaisante par les moyens ordinaires.

On cherchera alors en portant le bras dans l'abduction directe, suivant un conseil donné par M. Kirmisson, à bien faire bâiller le creux de l'aisselle ; mais si cet

expédient ne suffit pas, il ne faudra pas hésiter, pour se faire du jour, à *pratiquer une section transversale partielle ou même complète du muscle grand pectoral.* Il faut avant tout que l'extirpation du tissu néoplasique suspect soit totale, et pour l'assurer, il ne faudra jamais hésiter devant le sacrifice du grand pectoral que nous avons vu plus d'une fois sectionner par M. Verneuil sans inconvénients ultérieurs.

Cette pratique est la seule qui dans certains cas permette à l'opération d'être complète et par conséquent efficace.

Nous résumerions donc ainsi qu'il suit les divers préceptes qui doivent guider la conduite du chirurgien dans le nettoyage de l'aisselle.

Disséquer largement le tissu cellulaire et les lymphatiques suspects du bord inférieur du grand pectoral à celui du grand dorsal.

Aller reconnaître la veine axillaire et sa situation par rapport aux ganglions, sans employer jamais le bistouri.

Extirper la masse suspecte en l'isolant par des ligatures en masse successives (4 ou 5 ordinairement), en se dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière.

Sectionner toujours les pédicules vasculaires entre deux ligatures et ne jamais avancer sans suivre à la fois de l'œil et du doigt la marche des instruments.

Mentionnons pour terminer quelques accidents qui peuvent survenir dans cette assez délicate opération et dont il sera bon d'être prévenu.

La veine, dans quelques cas dont le chirurgien n'est

pas toujours responsable, pourra être déchirée, ouverte latéralement; où bien il se peut faire que quelque veine collatérale soit coupée très près de son embouchure dans le tronc principal. Dans ces cas, il n'y a qu'un parti à prendre, il faut lier la veine au-dessous et au-dessus de la solution de continuité et ensuite réséquer ou laisser en place le segment intermédiaire. Les ligatures latérales vasculaires doivent être proscrites absolument.

Nous n'avons parlé des nerfs en aucun point de notre description opératoire, on comprend pourtant que plus d'une branche nerveuse doive être sectionnée ou pincée dans une ligature en masse.

C'est ce dernier fait qui donne parfois lieu à quelques accidents post-opératoires, à des douleurs vives dans le territoire de l'anastomose du nerf brachial cutané interne.

Cet accident n'est que désagréable sans compromettre en rien le succès de l'opération; certaines malades ont souffert du bras après l'ablation du sein (obs. XII); mais ces phénomènes douloureux ne sont d'ailleurs pas durables.

Pansement. — La question du pansement, c'est-à-dire la manière de traiter la plaie une fois l'extirpation faite, est une des plus importantes dans le traitement des néoplasmes mammaires.

Autrefois on garnissait la plaie béante d'un linge cératé qu'on recouvrait de plumasseaux de charpie superposés en coussinets, ou bien on tentait le rapprochement des lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes différemment disposées.

Nous ne dirons rien de ces anciens modes de pansement qui sont oubliés depuis l'apparition de la méthode antiseptique.

Actuellement et avec les nouveaux procédés, deux manières de faire principales sont en présence et opposées aussi radicalement que possible.

L'une des deux méthodes consiste à pratiquer la réunion immédiate avec drainage suivie d'un pansement de Lister ou de tout autre analogue.

C'est le pansement antiseptique fermé.

La seconde consiste à ne pas réunir les lèvres de la plaie, à les recouvrir d'un pansement phéniqué ou antiseptique quelconque, facilement amovible, pour permettre des pulvérisations antiseptiques fréquentes.

C'est le pansement antiseptique ouvert.

M. le professeur Verneuil est partisan convaincu du pansement ouvert, à l'encontre, il est vrai de le dire, d'une partie des chirurgiens contemporains; quant à nous, adepte également fervent de cette méthode, nous voulons donner ici les raisons qui nous semblent propres à la défendre et à convaincre nos contradicteurs.

Nous pouvons dire aussi que les faits ne manquent pas qui nous viennent donner raison.

Les partisans de la réunion n'ont à mettre en avant qu'un seul avantage, c'est la rapidité de la guérison. Une malade peut, en quinze jours, être complètement guérie, la plaie peut être cicatrisée, alors qu'avec le pansement ouvert il faut six semaines et plus pour amener ce résultat. Cet avantage semble péremptoire, voyons s'il en est ainsi.

Au point de vue de la rapidité même, nous trouvons plus d'une chose à dire : la guérison en deux semaines est admirable, à la vérité ; mais il faut savoir que si celle-ci vient à être enrayée par un accident, même léger, elle devient alors plus longue à se faire que par le pansement ouvert. Que le plus petit abcès se forme sur le trajet du drain, la suture a beau réussir dans tous ses points, il n'en reste pas moins une fistule ouverte qui suivra la direction du drain sans se fermer pendant des semaines. Bien que la réunion ait été effectuée par première intention, la guérison ne peut être comptée comme complète et plus d'une fois il en est ainsi.

Ajoutons de plus que les accidents de toute nature, abcès, phlegmons, erysipèles, sont bien plus fréquents et bien plus à redouter pour une plaie fermée que pour une plaie ouverte, dont les bords étalés ne laissent aucune place à la rétention des matières septiques. Les accidents inflammatoires sont exceptionnels, j'allais dire inconnus, dans les plaies traitées par le pansement ouvert; ils sont toujours menaçants au moins les premiers jours dans les plaies réunies. Mais si le pansement ouvert donne plus de sécurité que la réunion au point de vue des accidents post-opératoires, combien la chose est plus évidente encore pour la récidive ! Nous ajouterons que le danger étant ici plus considérable, la sécurité a plus de prix encore que précédemment.

Qu'elle doit être, en effet, l'unique préoccupation de l'opérateur ? Celle d'enlever et d'extirper largement le mal dans tous ses développements et sans souci de l'étendue du délabrement nécessaire. Comment ne pas

comprendre que le chirurgien, qui a dessein de réunir, ne laisse combattre dans son esprit, involontairement si l'on veut, l'idée d'enlever très largement et l'idée de conserver assez d'étoffe pour pratiquer la réunion ? L'envie de réunir qui n'est pas dominante, nous le voulons bien, est assez pressante cependant, et nous en sommes convaincu, pour l'entraîner à faire des économies du tissu malade. La chose n'est pas niable, et nous pouvons dire même qu'après ce que nous avons dit de la zone suspecte des tumeurs malignes et de l'étendue cutanée qu'il est nécessaire d'enlever, il nous semble impossible de pratiquer la réunion sans laisser autour de la plaie du tissu suspect. Les inconvénients de cette parcimonie qu'engendre l'idée de la réunion peut-elle être plus évidente que dans cette observation de Page que nous rapportions plus haut ?

Tant que le chirurgien a pu espérer la réunion, il l'a faite en ménageant son étoffe. Récidives sur récidives. Du moment où la réunion devint impossible, et où la préoccupation de réunir disparut; Page ne songea qu'à extirper complètement. Guérison.

Disons encore, puisqu'il est question de récidives, que si dans les deux cas (réunion ou plaie ouverte) la récidive doit se faire, il est préférable que la plaie ne soit pas réunie.

Quand la plaie est ouverte en effet, la récidive est découverte aussitôt son apparition, qu'on peut guetter ainsi chaque jour; c'est un bourgeon pâle, fongueux, qui tranche sur le fond franchement rosé de la plaie de bonne nature. On peut extirper cette récidive tout à fait à son

début (obs. VIII, XV) et se placer ainsi dans de bonnes conditions de guérison.

Avec la réunion au contraire, la repullulation se fait sournoisement, sous les lambeaux, et ne se révèle que parce qu'on observe un jour la formation d'une tumeur appréciable à travers l'épaisseur du derme plus ou moins chargé de graisse.

Il est souvent trop tard pour agir et en tous cas l'opération secondaire comporte une étendue et aussi une gravité toute autre que celle qui a suffi à amener la destruction d'un petit bourgeon poussé à ciel ouvert.

Enfin il n'est pas jusqu'au catgut, qu'il est nécessaire d'employer pour les ligature quand on fait la réunion, qui n'ait ses inconvénients. Les fils de catgut sont souvent difficiles à bien serrer, quand on doit lier un tronc important et que le fil est gros par conséquent. On comprend tout ce qui pourrait résulter d'une ligature incertaine.

Pour ces diverses raisons de sécurité, qui selon nous doivent primer toutes les autres, la réunion immédiate doit céder le pas à la méthode qui laisse les plaies à découvert.

C'est surtout chez les malades souffrant d'un état général plus ou moins sérieux qu'il importe de ne pas réunir ; chez elles la fermeture de la plaie peut causer une série d'accidents dont la description ne peut rentrer dans le cadre de cette thèse.

Enfin la même prohibition expresse existera pour les femmes âgées et pour les femmes très grasses. Chez ces dernières, en effet, le pansement ouvert donne en général

des résultats merveilleux ; on voit, et souvent avec rapidité, les deux murailles de peau rebondie, se rapprocher et se recoller, donnant une cicatrice aussi belle que celle qui peut s'obtenir par la mieux réussie des réunions par première intention.

Pour ne rien porter à l'extrême, il convient de dire cependant que la réunion peut ne pas être rejetée tout à fait. Elle trouve sa place, il est vrai, bien rarement ; cependant on pourra placer un ou deux points de suture quand on aura enlevé chez une femme jeune, un peu soucieuse de sa personne, une tumeur adénoïde de très petit volume. Et pourtant, même dans ces cas, la non-réunion avec un pansement bien fait amène la guérison aussi rapidement que la suture métallique.

Nous voyons (obs. II) qu'une malade, après l'extirpation d'un adénome et non réunie, fut guérie complètement en huit jours. Le pansement était fait avec soin, chaque jour, de manière à tenir rapprochées les lèvres de la plaie.

Donc pas de réunion ; la méthode est plus sûre, et les malades, si elles mettent plus de temps à guérir, sont assurées contre les douleurs consécutives à la réunion, en même temps qu'elles ont une moins grande quantité d'accidents à redouter.

Persuadées des avantages de ce pansement, nous avons toujours vu les malades ne pas regretter la durée de ce traitement, heureuses de sa bénignité.

En quelques lignes, voici la technique du pansement antiseptique ouvert.

Pendant l'opération des fils à ligature de soie phéni-

quée sont placés dans la plaie et leurs bouts laissés assez longs sont réunis en paquet de manière à former un drainage naturel qui conduit de l'extérieur jusqu'au sommet de l'aisselle. Ceux-ci doivent tomber tous seuls au bout d'un temps plus ou moins long; on ne doit jamais provoquer leur chute par la traction, même la plus légère.

Le pansement se compose de petits carrés de tarlatane, sur une seule épaisseur, trempés dans la solution phéniquée à 2 0/0 et disposés sur l'aire de la plaie comme les rectangles d'un damier, de manière que les. pièces marginales dépassent un peu les bords de la plaie.

De petits coussinets de coton hydrophile trempés dans l'eau phéniquée faible et dont on remplit la plaie dans toutes ses anfractuosités.

Enfin le tout recouvert d'une toile imperméable, puis d'une cuirasse de coton, est maintenu par un bandage de corps.

Pendant les quatre premiers jours on enlève une ou deux fois par jour toutes les pièces du pansement, coussinets de coton hydrophile, jusqu'aux petits carrés de tarlatane exclusivement. Ceux-ci ne sont pas touchés, pour ne pas faire saigner la plaie ; on les laisse en place et deux fois par jour, au renouvellement du pansement, on dirige sur la plaie un jet de vapeur phéniquée pendant une demi-heure.

Au quatrième jour, la plaie commence à entrer en suppuration, se déterge, les petits carrés de tarlatane sont moins adhérents, on les enlève avec précaution, toujours pour ne pas faire saigner.

Puis, à partir de ce jour, on renouvelle, chaque matin seulement, le pansement complet sans négliger la pulvérisation ; on voit bientôt alors la plaie entièrement détergée prendre cet aspect granuleux, cette belle couleur rosée des plaies de bonne nature, qu'on peut voir chez toutes les opérées de la mamelle du service de M. Verneuil.

La guérison suit son cours, lentement mais sûrement, sans accidents ; et on voit peu à peu, des bords de la plaie vers son centre, croître concentriquement la pellicule blanche nacrée de l'épidermisation.

CHAPITRE III.

POURSUITE DES RÉCIDIVES.

Les récidives, on le sait, sont fréquentes ; elles sont plus fréquentes, cela est facile à comprendre, dans les tumeurs étendues et s'accompagnant d'engorgement ganglionnaires, que dans les néoplasmes simples, bien limités. Nous avons de plus cherché à établir que, à malignité égale, la non-réunion devait mettre davantage à l'abri de la récidive (l'opération étant plus largement faite) que la réunion.

Enfin, si la récidive doit survenir fatalement, nous avons montré encore que le pansement ouvert donnant la facilité de surveiller quotidiennement la plaie, de guetter cette récidive, permet par conséquent de pouvoir y remédier plus tôt et plus efficacement.

Nous devrons donc agir contre ces récidives aussitôt qu'elles apparaissent.

Celles-ci pourront être de deux sortes et le traitement sera différent pour chacune d'elles.

1° Il peut y avoir récidive dans la plaie ou au pourtour de la plaie dans la cicatrice. C'est une repullulation du néoplasme, soit dans une partie du tissu morbide laissé en place, soit dans un ou plusieurs grains glandulaires oubliés à la périphérie.

C'est une continuation du mal in situ.

2° Il peut y avoir récidive dans des ganglions plus ou moins éloignés, qui ne semblaient pas malades au moment de l'opération.

C'est une récidive à distance.

Les récidives de la première catégorie, qui apparaissent dans la plaie sous forme de bourgeons suspects ou dans la cicatrice sous l'aspect de nodosités indurées, seront poursuivies énergiquement dès leur apparition. On les attaquera soit avec les caustiques, soit mieux encore avec le thermocautère, jusqu'à leur entière et large destruction.

L'expérience a démontré que ces petites opérations secondaires donnaient souvent de très bons résultats. Il Il n'y a donc pas lieu de désespérer de ce qu'une malade aura présenté même à plusieurs reprises de ces repullulations locales, et celles-ci devront toujours être poursuivies avec ténacité et espoir.

Nous trouvons dans les statistiques allemandes plus d'un cas de guérison radicale après plusieurs de ces opérations secondaires et nous voyons Gross (1), dans la troisième conclusion de son mémoire au Congrès de Londres exprimer ainsi son opinion encourageante.

« Les reproductions locales de carcinome et de sar-
« come ne compromettront pas la guérison radicale si
« on les extirpe largement à leur apparition. »

De notre côté, à l'appui du conseil que nous donnons d'exciser largement chacun des nouveaux foyers de repullulation sans jamais désespérer du succès, nous cite-

(1) *Gross.* Loc. cit.

rons l'obs. XV, qui nous montre la malade sortant guérie après deux opérations successives de récidive. Cette malade, depuis ce temps, n'est pas revenue à l'hôpital de la Pitié et tout porte à croire que rien de nouveau n'est survenu chez elle.

Les récidives du deuxième ordre qui se font dans les ganglions non enlevés pendant l'opération sont plus redoutables et la thérapeutique chirurgicale a moins de prise sur elles.

On pourra encore extirper les ganglions ainsi engorgés, si ceux-ci sont situés dans l'aisselle près de la cicatrice. L'opération devra être faite alors, aussi large qu'elle l'eût été, si la première fois l'aisselle eût été ouverte. Ce sera une opération analogue à celle qui complète l'amputation du sein et que nous avons décrite avec suffisamment de soin.

Si par hasard il n'existait qu'un ou deux de ces ganglions engorgés et que ce fussent ces petits ganglions péri-mammaires signalés par M. Kirmisson, on pourrait se dispenser de vider aussi complètement le creux de l'aisselle. Il suffirait d'extirper largement le ganglion avec la région intermédiaire à celui-ci et à la cicatrice.

L'opération pourrait être faite alors avec le couteau du thermocautère.

Enfin, si la récidive existe dans des ganglions éloignés, sus-claviculaires, cervicaux, etc., on ne devra guère espérer pouvoir pratiquer aucune opération radicale.

CHAPITRE IV

OPÉRATIONS PALLIATIVES.

C'est alors, pour des récidives éloignées, aussi bien que pour des néoplasmes non opérés trop étendus, qu'on sera peut-être conduit à intervenir chirurgicalement, non plus dans le dessein de guérir la malade, mais pour apporter de l'amélioration à son état.

En un mot, nous parlerons en terminant des opérations palliatives, qui constituent une pratique des meilleures et des plus recommandables, toutes les fois qu'elles sont mises à leur place et qu'on ne perd pas de temps à les employer, alors qu'une opération radicale eût pu utilement être faite.

Que faire, en effet, lorsque l'étendue du mal s'oppose à toute tentative d'extirpation et que cependant la malade porte une tumeur ulcérée, source constante de résorption septique et d'épuisement du fait des hémorrhagies ?

Que faire encore à ces tumeurs non ulcérées, mais d'une dureté ligneuse, qui emprisonnent la poitrine dans un étau serré et avec une continuité atroce dans les douleurs ?

N'y a-t-il pas enfin des malades qui réclament l'opération avec une instance telle, qu'il est préférable de les tromper par un simulacre opératoire que de leur laisser la certitude de leur incurabilité ?

En présence de ces cas divers, nous conseillons donc

de ne pas hésiter, et après avoir prévenu sagement les membres de la famille de l'effet purement palliatif qu'il faudra attendre de l'intervention, le devoir sera de tenter de faire quelque chose pour soulager du moins, s'il est impossible de guérir.

L'application de caustiques et surtout des caustiques liquides (acide chromique) est d'un effet généralement excellent dans les tumeurs ulcérées, molles et friables. Ces applications caustiques tarissent l'écoulement et empêchent la production des hémorrhagies ; on ne devra donc pas les ménager.

Dans les tumeurs dures non ulcérées, mais très douloureuses, dans le squirrhe par exemple, on se trouvera bien d'imiter la conduite des charlatans qui contentent les malades en pratiquant des cautérisations de la tumeur. Ces cautérisations, faites avec des caustiques solides généralement (caustique de Vienne, pâte de Canquoin), provoquent une sorte de débridement de l'induration néoplasique, qui fait disparaître les douleurs ; il faut donc savoir ce fait et sans chercher à se faire illusion sur le succès final de cette thérapeutique, il convient dans nombre de cas de la mettre en pratique.

Enfin, à la période ultime des cancers de la mamelle, alors que toutes les parties de l'aisselle et de la région mammaire sont étreintes par le néoplasme, on pourrait peut-être tenter, pour remédier aux douleurs locales, de fendre l'aisselle afin d'aller sectionner le plexus brachial.

Cette opération serait en tous cas moins grave, plus faisable et, pour ces raisons, plus acceptable que la désarticulation de l'épaule qui a été proposée.

RELEVÉ DES EXTIRPATIONS DE NÉOPLASMES MAMMAIRES

PRATIQUÉES PAR M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

ET DANS LE SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ PENDANT L'ANNÉE 1884 (1).

NATURE de L'OPÉRATION.	MALADES de L'HOPITAL.	MALADES de LA VILLE.	NOMS.	AGE.	NOM de LA SALLE.	NATURE DE LA MALADIE.	DATE D'ENTRÉE.	OPERATIONS. DATE et PARTICULARITÉS.	ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES.	DATE DE SORTIE.	ÉTAT A LA SORTIE: GUÉRISON.	ÉTAT A LA SORTIE: RECIDIVE.	ÉTAT A LA SORTIE: MORT.
ABLATION DE LA TUMEUR SEULEMENT.	1		J. M.	21	Lisfranc. N° 16	Adénome.	Janvier 29		Nuls.	Février 11	Guérie.		
	2		B. M.	39	— N° 8	Tumeur bénigne. Fibrome.	— 31		»	Mars 23	Id.		
	3		F. A.	52	— N° 3 bis	Adénome.	Février 7		»	— 30	Id.		
	4		B. J.	50	— N° 30	Adénome.	Mai 20		»	Juin 13	Id.		
	5		R.	56	— N° 16	Epithélioma sudoripare de la peau de la région externe de la mamelle.	Avril 30		»	Mai 14	Id.		
		6				Adénome.			»		Guérison.		
ABLATION TOTALE DE LA MAMELLE SANS AISSELLE	1		P. R.	39	— N° 17	Adéno-sarcome.	Octobre 21		»	Novembre 20	Guérie.		
	2		D.	52	— N° 13	Maladie kystique de la mamelle.	Février 10		Petit abcès à la périphérie de la plaie.	Mars 28	Id.		
	3		R.	41	— N° 16	Epithélioma.	— 15		Nuls.	— 25	Id.		
	4		B. A.	49	— N° 7	Epithélioma.	Juillet 9		»	Août 22	Id.		
	5		P.	57	— N° 30	Noyaux récidivés dans une cicatrice consécutive à l'ablation du sein.	Février 18		»	Avril 2	Id.		
		6				Epithélioma intra-canaliculaire avec kyste racemeux.			»		Guérison.		
		7				Sarcome kystique.			»		Id.		
		8				Sarcome kystique.			»		Id.		
		9				Kyste de la mamelle.		Double récidive (opérée successivement).	»			En traitement (récidive probable).	
		10				Epithélioma.			»		Guérison.		
		11				Epithélioma chez un homme.			»		Id.		
ABLATION TOTALE DE LA MAMELLE AVEC AISSELLE.	1		D.	50	— N° 19	Carcinome.	Juin 3	Section du grand pectoral (21 juin).	»	Juillet 30	Guérie.		
	2		M.	43	— N° 1	Récidive dans la cicatrice des ganglions après opération partielle et incomplète.	— 4		»	Août 6	Id.		
	3		C. F.	46	— N° 17	Squirrhe.	— 8		»	— 2		Récidive disséminée dans les ganglions.	
	4		F.	32	— N° 24	Epithélioma.	Février 7			Mars 18	Guérie.		
	5		F. E.	30	— N° 11	Epithélioma.	Juin 12		Hémorrhagies secondaires.	Juillet 25			Mort.
	6		M. B.	54	— N° 9	Carcinome.	Août 12		Nuls.	Octobre 17	Guérie.		
	7		B. R.	49	— N° 5	Carcinome.	— 16	25 août.	»	— 28	Id.		
	8		K. M.	46	— N° 25	Carcinome.	Septembre 2	5 septembre.	»	— 23	Id.		
	9		C. O.	39	— N° 11	Carcinome.	— 15	17 septembre.	»	Novembre 5	Id.		
	10		M. M	42	— N° 28	Epithélioma.	Octobre 4	11 octobre.	»	— 22	Id.		
	11		R.	62	— N° 29	Carcinome.	— 8		»	Décembre 24	Id.		
		12				Squirrhe.			»		Guérison.		
		13				Carcinome.		Section du muscle grand pectoral.	»		Guérison.		
		14				Squirrhe, récidive après opérations partielles.			»			Récidive.	
	21	10							2		27	3	1
	31												

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1884

6	Ablations partielles	6	Guérisons { de l'opération. de la tumeur.
11	Ablations totales sans aisselle	11	Guérisons pour l'opération.
		10	Guérisons au moins jusqu'à ce jour pour la tumeur (1 récidive probable).
14	Ablations totales avec aisselle	13	Guérisons pour l'opération (1 mort).
		12	Guérisons au moins jusqu'à ce jour pour la tumeur (2 récidives).
31			

Donc enfin sur **31** opérations ayant porté sur le sein, dont **25** graves, il y a eu seulement **1** mort et **3** récidives après 6 mois.

(1) *Le détail sera donné dans les observations qui suivront ; sinon pour tous les faits relatés au Tableau, du moins pour les principaux.*

OBSERVATIONS

Observation I.

Adenome pur du sein gauche. Tumeur de la première zone. Envahissement de quelques grains glandulaires.

Cl. L..., âgée de 21 ans, se présente à la consultation de l'hôpital de la Pitié, avec une petite tumeur située à la partie supérieure et interne du sein gauche.

La tumeur est très mobile sous la peau et dans l'épaisseur de la mamelle, elle est indolente, même à l'époque des règles, il n'existe aucun ganglion. Le début du néoplasme remonte à deux mois environ et l'accroissement a été insensible. La santé générale est parfaite. Le diagnostic porté est : adénome, et M. Verneuil conseille l'essai de la compression méthodique à l'aide de coton cardé et d'une pile de rondelles d'amadou appliquées directement sur la tumeur.

Sous l'influence de la compression on observe une diminution graduelle dans le volume de la tumeur et, un mois et demi après le début du traitement, celle-ci est réduite à la grosseur d'un grain de chènevis qu'on a peine à retrouver sous le doigt explorateur.

Observation II.

Fibro-adénome. Tumeur de la première zone. Segment de la glande, envahi partiellement.

D..., âgée de 39 ans. Entrée le 31 janvier 1884 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil et couchée salle Lisfranc nº 18.

Début. Il y a un an, après avoir reçu quelque temps auparavant un coup sur le sein gauche, la malade reconnut la présence d'une petite grosseur qui était indolente d'ailleurs et qui, depuis, conserva ce caractère sans changer de volume.

Etat actuel. Il existe chez cette malade une petite tumeur du volume d'une noisette au-dessus du mamelon gauche et tout auprès de lui. Ce dernier n'est du reste pas rétracté. La peau est normale et mobile sur la tumeur, cette dernière est, elle-même, très mobile au milieu de la mamelle. Le reste de la glande est parfaitement souple et sain; autant qu'on peut en juger par l'exploration, le segment glandulaire n'est lui-même que partiellement pris vers la partie qui avoisine le mamelon.

Il existe un petit ganglion, unique et mobile, situé au sommet de l'aisselle, que M. Verneuil juge être un simple ganglion inflammatoire.

L'état général est des plus satisfaisants.

Opération. — Ablation de la tumeur seule, le reste de la glande reconnu sain et respecté.

Une incision de cinq centimètres, comprenant le mamelon, découvre la tumeur, et par une seconde incision exploratrice, M. Verneuil ayant fendu cette tumeur, en reconnut l'extrême bénignité.

L'extirpation du néoplasme seul fut pratiquée par une véritable énucléation; le reste de la mamelle et le reste du segment mammaire lui-même fut respecté ainsi que le ganglion.

Après huit jours d'un pansement fait de façon à tenir rapprochées les lèvres de la plaie, la réunion était parfaite et la malade guérie.

Examen anatomique de la pièce. — Tumeur arrondie, bien limitée, offrant le type macroscopique de l'adénome.

Examen histologique. — On constate surtout du tissu fibreux qui présente ses caractères ordinaires et forme la substance fondamentale de la tumeur. Dans ce tissu néoplasique on reconnaît la coupe d'une certaine quantité d'acini et de culs-de-sacs glandulaires avec leur revêtement épithélial normal.

Observation III.

Fibro-adénome lobulé du sein. Tumeur de la première zone. Segment glandulaire seul envahi.

Une jeune femme d'une trentaines d'années, de santé parfaite, porte au sein gauche, au-dessus et en dehors du mamelon, une tumeur du volume d'une petite orange.

Cette tumeur, finement lobulée, est très mobile et indépendante de la peau et des partie profondes. L'indolence de cette production néoplasique est absolue, la peau est saine, il n'existe dans l'aisselle aucun ganglion suspect.

Opération.— Incision de la peau sur la tumeur. *Enucléation pure et simple.*

Examen anatomique de la tumeur. — Tumeur solide, blanchâtre, formée de petits lobules accolés les uns aux autres, mais non pédiculés; en sorte que l'ensemble de ces lobules conserve la forme arrondie et nullement celle d'une grappe.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un fibro-adénome avec tous ses caractères ordinaires de bénignité.

Observation IV.

Adéno-sarcome kystique. Tumeur de la deuxième zone. Envahissement de la glande et de la région mammaire.

P. (Rose), âgée de 39 ans, entre le 21 octobre 1884, dans le service de M. le professeur Verneuil, salle Lisfranc, n° 17.

Cette malade, douée d'antécédents arthritiques accusés, a vu se développer, il y a quatre ans, une petite tumeur de la grosseur d'une noix dans son sein droit.

Cette tumeur, qui pendant trois ans demeura stationnaire, prit depuis un an un développement assez rapide et accompagné de quelques douleurs. *Actuellement*, la totalité de la mamelle droite est à peu

près occupée par cette tumeur qui offre le volume du poing. Celle-ci est multilobée et ces bosselures ont une consistance élastique qui fait songer à l'existence de cavités kystiques dans leur intérieur. Du reste, l'écoulement de gouttelettes jaunes transparentes par le mamelon, qui surviennent quand on presse sur la tumeur, sert à appuyer cette manière de voir. La peau est un peu distendue sur les points saillants de la tumeur, mais nullement adhérente, le mamelon n'est pas rétracté.

Pas de ganglions dans l'aisselle.

Opération. — Extirpation totale de la mamelle et de la peau de la région. — La visite du creux de l'aisselle ne fait rien connaître de suspect.

Examen de la pièce. — Une coupe transversale de toute la mamelle montre que cette tumeur est constituée par un tissu lardacé, assez mou, blanchâtre, dans lequel sont creusés une multitude de kystes de tout calibre, remplis eux-mêmes par des végétations polypiformes qui ne laissent aucune place à la présence d'un liquide kystique. Les cavités les plus grandes renferment à peine quelques gouttes de sérosité transparente semblable à l'écoulement produit par le mamelon. Ces végétations ramifiées qui comblent la lumière des kystes sont assez molles et semi-transparentes. Elles représentent assez exactement les kystes proligères dont Paget a laissé la description.

Examen histologique. — Le tissu fondamental de cette tumeur est du sarcome : sarcome fasciculé à grosses cellules au niveau des points à consistance lardacée, sarcome myxomateux dans les végétations transparentes.

La surface de ces végétations, de même que la paroi interne des kystes, sont revêtues d'une couche d'épithélium glandulaire cubique qui démontre que la dilatation kystique s'est faite dans l'intérieur des acini de la glande.

L'épaisseur des végétations renferme de plus un nombre considérable de conduits et de culs-de-sac glandulaires qui vient témoigner de la néoformation adénoïde qui s'est faite dans l'épaisseur de la tumeur d'origine conjonctive

Observation V.

Epithélioma intra-canaliculaire, kystique. Tumeur de la deuxième zone. Glande et région mammaire.

Malade de la ville portant une tumeur fluctuante et d'apparence kystique, siégeant au-dessous du mamelon. Cette tumeur se vidait par intervalles, laissant échapper son contenu liquide par un des orifices des conduits galactophores. Pas de ganglions axillaires.

Opération. Ablation de toute la région mammaire. Guérison rapide.

Examen anatomique de la tumeur. — Le néoplasme était constitué par un kyste à parois épaisses sur la nature desquelles l'examen microscopique devra décider. Dans l'intérieur du kyste faisait saillie une végétation pédiculée qui, par ses mouvements, pouvait alternativement fermer ou ouvrir le conduit galactophore et produire de la sorte un écoulement intermittent du contenu du kyste. On voyait encore sur la paroi une production analogue à la végétation, mais celle-ci était sessile et de la grosseur d'un petit pois.

Examen histologique. — Dans le stroma de la tumeur on découvre une quantité notable de culs-de-sac glandulaires et de conduits remplis d'épithélium proliféré et altéré. Des bandes épaisses de tissu fibreux séparent ces tubes épithéliaux les uns des autres. La forme générale des éléments de la glande est conservée au milieu du stroma fibreux, en sorte que c'est à un véritable épithélioma que nous avons affaire ici ; mais c'est un épithélioma intra-canaliculaire qui, dans sa prolifération épithéliale, n'a point encore dépassé les limites constituées par les parois des tubes glandulaires.

Observation VI.

Maladie kystique de la mamelle. Epithélioma kystique. Tumeur de la deuxième zone. Envahissement de la glande et du tissu cellulaire péri-acineux.

D..., âgée de 52 ans, entrée le 10 février 1884 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, et couchée salle Lisfranc n° 13.

Antécédents arthritiques. Névralgies. Début il y a deux ans, par des douleurs dans le sein droit. Dès lors, la malade remarqua l'existence d'une petite tumeur située à la partie supérieure du sein et grossissant lentement et avec douleurs sourdes.

Il y a quinze jours, survint une petite tumeur au-dessous de la première, qui prit rapidement le volume qu'elle occupe aujourd'hui.

État actuel. — Sein droit. — Tumeur bosselée située à la partie supérieure de la région mammaire ; la bosselure supérieure est dure et résistante, tandis que l'inférieure offre une consistance kystique. Quelques kystes sont disséminés dans le reste de la glande. La peau n'est pas adhérente, la mamelle elle-même est parfaitement mobile sur la profondeur ; il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle de ce côté.

Sein gauche. — Le sein gauche présente un petit noyau de consistance kystique enfoui dans l'épaisseur de la glande et complètement ignoré de la malade avant notre exploration. Pas de ganglions.

Etat général bon.

Opération. — Ablation totale de la glande et de ses enveloppes, pratiquée le 13 février.

Pansement ouvert.

La guérison suit son cours ordinaire et régulier, traversée seulement par la formation d'un petit abcès cutané insignifiant situé dans l'angle interne de la plaie.

Au jour de sa sortie, le 28 mars, l'examen du côté droit montre

que la cicatrisation est régulière et satisfaisante, qu'il n'existe aucune trace de récidive et pas d'engorgement des ganglions de l'aisselle.

Dans le sein gauche subsiste toujours le petit kyste constaté avant l'opération ; au voisinage de ce kyste s'est développée pendant le séjour à l'hôpital une petite tumeur dure, mobile d'ailleurs sous la peau et sur les parties profondes. Il s'est montré également de ce côté un petit ganglion situé au sommet du creux de l'aisselle.

L'état général est bon et la malade désire retourner dans son pays.

Examen anatomique de la tumeur. — La dissection de la mamelle extirpée montre que cette tumeur est un type de la maladie kystique de la mamelle récemment décrite par M. Reclus (la pièce fut présentée comme telle à la Société anatomique par M. Reclus et un de ses élèves). Des tumeurs en assez grand nombre et de volume variable sont disséminées dans l'intérieur de la glande et reliées entre elles par du tissu fibreux qui les rattache les unes aux autres comme les grains d'une grappe. La plupart de ces tumeurs sont des kystes compris dans un tissu fondamental d'aspect lardacé ; d'autres sont entièrement solides comme la tumeur située à la partie supérieure.

Examen histologique. — L'examen histologique fait voir que la masse solide de la tumeur est constituée par un tissu fibroïde qui contient un grand nombre d'acini et de conduits glandulaires dont l'épithélium est en voie de prolifération. Beaucoup de ces conduits glandulaires remplis d'épithélium ont perdu leur forme naturelle et l'épithélium proliféré tend à se répandre dans le tissu fibreux qui enserre le cul-de-sac.

La paroi des plus grandes cavités kystiques offre le même exemple de prolifération épithéliale. En somme, cette tumeur kystique de la mamelle doit être rangée parmi les épithéliomas extra-canaliculaires ; c'est un véritable carcinome avec formations kystiques disséminées, dont les unes restent très petites et microscopiques, tandis que d'autres prennent un très grand développement.

Observation VII.

Fibro-adénome myxomateux avec formations kystiques. Tumeur de la deuxième zone. Envahissement de la glande et de la région mammaire.

Madame B..., âgée de 50 ans, porte au sein droit une tumeur volumineuse dont le début remonte à trois années.

Au début, accroissement lent ; depuis trois mois la tumeur prend un développement rapide qui s'accompagne de douleurs lancinantes vives.

Le sein est volumineux et tout entier rempli par la tumeur ; celle-ci est bosselée, fluctuante par places, la peau est adhérente, distendue et violacée en ces points.

La tumeur est mobile sur la paroi thoracique, il n'existe pas de ganglions axillaires apréciables à l'exploration.

L'état général est excellent.

Opération. — L'exérèse comprit l'extirpation de la mamelle en totalité, suivant les principes fondamentaux, jusques et y compris la peau de toute la région mammaire et l'aponévrose du grand pectoral.

L'aiselle fut ouverte et visitée, les ganglions axillaires enlevés précautionnellement.

Pansement antiseptique ouvert, constitué par des coussinets d'ouate imbibés d'eau phéniquée et suivant le procédé ordinaire.

La guérison s'effectua sans fièvre, sans malaise aucun du côté de la plaie et sans autre accident qu'un légère phlébite du pied et de la jambe gauche survenue dix jours après l'opération. La jambe gauche prise de phlébite avait été jadis le siège de varices assez volumineuses.

Actuellement, la malade complètement guérie n'a eu aucune récidive du côté de sa plaie, ni aucun retentissement du côté de la santé générale qui est excessivement satisfaisante.

Examen anatomique de la tumeur. — Cette tumeur est constituée par un tissu fondamental d'aspect fibreux, pas très résistant, dans lequel sont creusés une grande quantité de kystes variables à l'infini comme volume. Les uns sont à peine perceptibles à l'œil nu, tandis que les plus gros remplis d'un liquide louche, offrent le volume d'une amande. Dans ces cavités les plus volumineuses flottent des multitudes de végétations grosses et petites, molles et de couleur jaunâtre, rattachées à la paroi du kyste par un pédicule plus allongé. Parfois ce pédicule fait défaut et l'on voit alors les végétations sous forme de grains jaunâtres implantées à la paroi kystique.

Examen histologique. — Le microscope démontre que le tissu fondamental de la tumeur est formé par places de tissu sarcomateux pur, à cellules fusiformes. Les végétations offrent la structure du myxome. En somme, c'est une tumeur conjonctive.

A la surface des végétations et à la paroi des kystes on retrouve une rangée d'épithélium glandulaire.

C'est donc un néoplasme de nature conjonctive avec végétations endocanaliculaires.

Observation VIII

Sarcome fasciculé du sein, surajouté à un kyste rétro-mammaire de date ancienne. Tumeur de la deuxième zone. Envahissement total de la région mammaire.

Madame T.... appartenant à la clientèle de la ville, est d'une bonne santé quoique un peu grasse, et entachée d'arthritisme sous la forme de quelques placards eczémateux. Ses père et mère sont morts cardiaques.

Depuis dix-huit ans cette dame portait un kyste mammaire gros comme une noix et dont elle ne se préoccupait pas.

Il y a quelque temps ce kyste s'enflamma. Il apparut de la fluctuation ; l'incision pratiquée ne laissa écouler qu'une sérosité sanguinolente louche.

A ces phénomènes succédèrent bientôt les signes d'un phlegmon

mammaire, et le reliquat de tout cet ordre de symptômes existe sous forme d'une tumeur épaisse, qui occupe tout le volume de la mamelle en conservant sa forme.

Cette tumeur solide donne une fluctuation profonde qui révèle la présence d'un kyste profond.

Pas de ganglions dans l'aiselle, ni ailleurs.

Opération. — Ablation de la région mammaire dans sa totalité; exploration digitale du creux de l'aisselle.

La région mammaire est tout entière extirpée, très largement, ainsi qu'une portion du muscle grand pectoral.

Le doigt explorateur introduit dans l'aisselle ne rencontre aucun ganglion. L'opération est bornée à l'ablation de la mamelle.

Pansement à plat.

Examen de la tumeur. — Vaste kyste de forme irrégulière, placé au-devant de l'aponévrose du grand pectoral et contenant une sanie fétide de sang puriforme.

Le kyste est recouvert par une tumeur, infiltrée dans la totalité de la glande et dont la coupe offre l'apparence du sarcome. Le tissu est formé de lobes séparés par des fentes où l'on reconnaît la présence du tissu conjonctif. Ce tissu morbide est lardacé et par places d'apparence myxomateuse. On ne retrouve aucune autre formation kystique dans l'intérieur du tissu qui constitue la masse principale de la tumeur.

Au-dessous du kyste, le tissu conjonctif, le muscle semblent épaissis par un état inflammatoire ancien, mais nullement altérés par la présence d'un tissu morbide quelconque.

Examen histologique. — Des coupes pratiquées dans le tissu dense situé au-devant du kyste rétro-mammaire montrent que ce tissu est formé uniquement de grosses cellules fusiformes de sarcome et de quelques cellules étoilées.

Dans la partie de la glande qui est la moins altérée on constate une tendance à la dilatation kystique des conduits glandulaires en même temps qn'une prolifération de noyaux embryoplastiques au pourtour des éléments de la glande.

C'est en somme un sarcome fasciculé de la glande mammaire

développé au-devant d'un kyste rétro-mammaire antérieur à ce néoplasme.

Récidive locale. — Au cours de l'opération, M. Verneuil abandonna l'instrument tranchant à l'aide duquel il dépassait largement les limites de la tumeur pour se servir de ses doigts. Par ce moyen il se borna à une simple décortication de la tumeur sur une assez faible étendue du reste. La capsule en cet endroit formée par l'aponévrose du grand pectoral paraissait saine à l'œil nu ; elle fut laissée en place et ce fut justement en ce point qu'on vit la plaie se déterger mal et une récidive se faire rapidement.

Partout ailleurs où la tumeur avait été à dessein très largement dépassée par le bistouri, la plaie devient granuleuse, rose, analogue aux plaies de bonne nature.

Observation IX.

Epithélioma intra-canaliculaire du sein droit. Tumeur de la troisième zone. Tumeur extra-mammaire.

F.... (Marie), âgée de 32 ans, entrée le 7 février 1884, dans le service de M. le professeur Verneuil, salle Lifranc, n° 24.

Début. — Depuis un an par une petite tumeur siégeant à la partie supéro-interne du sein droit.

Pendant les six premiers mois, la tumeur fit peu de progrès, mais s'accrut au contraire assez rapidement depuis ce dernier terme.

État actuel. — Il existe, à la partie supérieure et interne du sein droit, tout près de l'aisselle, une tumeur arrondie, du volume d'une mandarine, bosselée et assez dure. La peau est mobile sur cette tumeur et celle-ci est elle-même mobile sur les parties profondes.

Rien dans l'autre sein.

La santé est excellente d'ailleurs.

Opération. — *Extirpation totale de la mamelle; nettoyage du creux de l'aisselle.*

Pansement ouvert. Guérison.

Examen de la pièce. — L'examen macroscopique de la mamelle est très intéressant et très digne d'être rapporté.

La tumeur, de forme arrondie, bien limitée, paraissait à l'exploration parfaitement encapsulée et semblait avoir envahi exclusivement la partie périphérique du segment de glande mammaire qui lui correspondait.

Une fois la mamelle enlevée, la dissection fit voir que la tumeur très dure siégeait bien à la périphérie de la glande, mais que le reste du segment glandulaire qui rattachait cette tumeur au mamelon n'était pas aussi sain que le reste de la glande mammaire.

En un mot l'ensemble des conduits glandulaires allant de la tumeur au mamelon, bien que d'une souplesse normale avait un aspect blanchâtre et grenu absolument différent de la glande saine. Il n'est pas moins vrai que cette partie du segment glandulaire ne semblait pas altérée d'une manière aussi caractéristique que la tumeur elle-même, qui, très dure, offrait un aspect lardacé qui ne laissait aucun doute sur sa nature.

L'examen microscopique devait éclairer plus nettement la question. Il fit voir que la tumeur principale offrait l'aspect caractéristique de l'épithélioma intra-canaliculaire, arrivé à cette période à laquelle les culs-de-sac épithéliaux commencent à sortir de leurs limites, à perdre leur forme glandulaire pour laisser les amas cellulaires se diffuser irrégulièrement dans le stroma fibreux principal.

L'examen de la zone suspecte de cette portion du segment glandulaire en voie d'altération était plus important.

Il fut facile de reconnaître la section des conduits glandulaires avec leur forme arrondie et leur revêtement épithélial. Presque tous ces conduits étaient le siège d'une certaine dilatation, et un grand nombre d'entre eux montraient dans leur intérieur une prolifération épithéliale caractéristique, mais sans que leur forme fût changée et sans que la gaine périacineuse fut rompue.

Il faut noter une augmentation certaine dans le nombre de ces conduits glandulaires beaucoup plus multipliés et plus rapprochés les uns des autres qu'à l'état normal.

L'examen des ganglions enlevés dans l'aisselle n'a montré rien de suspect dans leur intérieur.

Observation X.

Carcinome du sein droit. Tumeur de la deuxième zone. Tumeur extra-mammaire. Envahissement des ganglions axillaires

D... âgée de 50 ans, entre le 3 juin à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, salle Lisfranc, n° 19.

Etat actuel.— Tumeur du sein droit du volume d'une mandarine, assez dure. Adhérence à la peau de la partie inférieure de la tumeur et sur une étendue de un centimètre carré. Adhérences profondes avec le muscle. Rétraction légère du mamelon.

Envahissement des ganglions de l'aisselle. Rien au creux sus-claviculaire. Intégrité des viscères autant que permet de le juger l'exploration.

Opération. — *Extirpation très large* (à cause de l'envahissement de la peau) *de toute la région mammaire et du grand pectoral* dans lequel on trouve un noyau cancéreux du volume d'une amande.

Le muscle étant excisé sur une assez large étendue, le nettoyage du creux axillaire devient très facile, et il est effectué avec le plus grand soin.

Examen histologique. — Carcinome à grosses cellules et présentant la disposition habituelle.

L'envahissement du muscle grand pectoral offrait ceci de particulier que les cellules épithéliales avaient pris la place des fibres musculaires en respectant la charpente connective du muscle.

On reconnaissait donc à un faible grossissement la disposition générale du faisceau musculaire avec cette différence que les fibres striées étaient remplacées par les cellules épithéliales caractéristiques.

Observation XI.

Squirrhe récidivé après opération partielle. Tumeur de la troisième zone.

Une jeune dame du département de la Charente-Inférieure, présente, au mois d'août 1883, une tumeur grosse comme une noix au niveau du sein droit.

Opération insuffisante. — Le 4 septembre *opération.* On enlève le tiers externe de la mamelle qui était le siège de la tumeur, et les ganglions qui existaient dans l'aisselle sont extirpés à l'aide *d'incisions partielles.*

Réunion immédiate. Récidive hâtive. —Un mois après, la plaie étant réunie on constate déjà une induration de la lèvre inférieure et interne de la plaie.

Actuellement (juin 1884). La partie inférieure de la glande mammaire et la lèvre inférieure de la cicatrice sont envahies en totalité par une masse néoplasique de la grosseur d'un œuf de poule.

Sur la lèvre supérieure on trouve également deux petites bosselures indurées qui représentent évidemment deux grains glandulaires laissés par la première opération et devenus cancéreux.

La peau est très adhérente à la tumeur.

L'aisselle est remplie de ganglions. Pas de ganglions sus-claviculaires.

Opération. — Ablation large de la tumeur et de toute la région mammaire. Dissection attentive de la périphérie pour ne laisser en place aucun grain glandulaire. Cette partie de l'opération est rendue difficile par l'état assez grand de maigreur de la malade.

L'aisselle est entièrement vidée de ses ganglions.

Le grand pectoral reconnu un peu altéré est extirpé en partie, ainsi que tout le tissu cellulaire rétro-mammaire.

Examen de la tumeur. — La tumeur principale offre des lésions caractéristiques du squirrhe avec des îlots de cellules épithéliales étouffées par des bandes très serrées de tissu fibreux.

L'examen des ganglions du creux de l'aisselle a montré un envahissement général des ganglions voisins de la tumeur, tandis que ceux qui étaient situés au sommet de l'aisselle ne présentaient qu'un début d'envahissement localisé à un ou deux foyers remplis de cellules épithéliales.

Comme complément à cette observation, nous recevons (novembre 1884) une lettre de la malade, qui nous annonce que, malgré la grande étendue donnée à notre opération, le mal n'a pas tardé à récidiver sur place et même à se généraliser.

D'après cette communication, le sein serait redevenu gros et dur, un ganglion resté dans l'aisselle serait envahi, et enfin, il existe une oppression constante, de la toux, une douleur fixe entre les omoplates, qui font penser qu'il s'est formé des dépôts secondaires à la surface du poumon et dans la colonne vertébrale.

Observation XII.

Extirpation partielle. Récidive du carcinome dans le trajet cutané intermédiaire à la glande mammaire et aux ganglions. Tumeur de la troisième zone. Envahissement des ganglions de l'aisselle.

M..., âgée de 43 ans, entre le 4 juin 1884, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneueil, salle Lisfranc, n° 1.

Il y a deux ans, au mois d'avril, cette malade vit, quelque temps après un coup, se développer une tumeur au niveau du sein gauche.

L'opération fut pratiquée au mois d'octobre. On pratiqua une incision en dehors de la mamelle et par cette incision, l'*extirpation* PARTIELLE de la tumeur fut effectuée. Peut-être alla-t-on à la recherche des ganglions de l'aisselle? Le fait est incertain (1re opération).

Au mois de décembre 1883 une seconde opération devenait nécessaire pour enlever deux petites tumeurs récidivées in situ.

Ces deux nouvelles productions néoplasiques sont enlevées par

deux incisions : l'une à la partie inférieure et externe du sein, l'autre dans l'aisselle, sous le bord inférieur du grand pectoral. Cette dernière s'adressait vraisemblablement à un paquet de ganglions (2e opération).

Actuellement on retrouve les trois cicatrices qui résultent des deux opérations successives :

1° La plus élevée, située au niveau du bord du grand pectoral, à la partie antérieure du creux de l'aiselle, est soulevée par une masse de récidive ganglionnaire très indurée, fixée dans les tissus voisins et de la grosseur d'une orange.

3° La seconde cicatrice est située à la partie externe du sein, elle est indemne de toute récidive. C'est la cicatrice de la première opération.

3° La troisième cicatrice, la plus inférieure, est située plus bas et également en dehors de la mamelle ; elle est un peu adhérente à la profondeur, quoique peu indurée elle-même. Le mamelon est un peu rétracté.

D'après ce qui s'observe aujourd'hui, il est visible que les deux extirpations successives n'ont porté que sur une partie de la mamelle, sur le segment inféro-externe seulement. Outre cette faute, la seconde, au moins aussi grave, est d'avoir pratiqué l'extirpation des ganglions axillaires par une incision spéciale, isolée de la première.

La bande de peau qui sert de passage aux lymphatiques, allant de la glande aux ganglions, est restée en place et c'est dans son épaisseur que s'est faite la récidive.

Rien à la région sus-claviculaire, pas de généralisation.

Troisième opération. — Cette fois-ci, M. Verneuil par une opération très large réparant les économies antérieures inopportunes, enlève la glande mammaire en totalité et pratique le nettoyage complet du creux de l'aisselle.

L'examen histologique de la tumeur principale récidivée montre sur des coupes la structure caractéristique du carcinome.

Des cellules épithéliales en masses irrégulières sont diffusées au

milieu des trousseaux fibreux qui constituent le stroma de la tumeur.

L'examen d'un ganglion enlevé par le nettoyag du creux de l'aisselle a montré qu'il se faisait un envahissement par du tissu néoplasique en un point de ce ganglion.

La dissémination de la récidive était, on le voit, au début, et prête à s'étendre.

Observation XIII.

Carcinome du sein. Tumeur de la quatrième zone. Envahissement des ganglions éloignés.

F..., 39 ans, d'une bonne santé antérieure, s'aperçut, il y a trois mois, de la présence d'une tumeur au niveau du sein gauche.

Etat actuel. — Tumeur de la grosseur d'une mandarine, siégeant au sein gauche, mais assez mal limitée pour que la totalité de mamelle semblât prise. Cette tumeur est surtout prononcée à la partie supérieure et interne du sein, où elle offre sa plus grande dureté.

La peau n'est pas adhérente à la tumeur, mais elle offre par toute la mamelle le caractère propre à la peau d'orange.

Le néoplasme semble mobile sur les parties profondes.

Adénopathie axillaire très volumineuse. Quelques ganglions sus-claviculaires sont envahis également

Opération. — Ablation totale de la mamelle. Section partielle du grand pectoral pour faciliter le nettoyage du creux axillaire.

L'extirpation fut laborieuse, les ganglions axillaires volumineux formaient un chapelet remontant presque sur la gaîne des vaisseaux à laquelle ils étaient adhérents.

La veine axillaire dut être réséquée sur une étendue de trois centimètres.

Le grand pectoral n'était pas envahi, mais sa section fut faite pour faciliter la recherche des ganglions élevés du creux de l'aisselle.

Examen de la tumeur. — L'examen histologique fait reconnaî-

tre l'existence de grandes alvéoles irrégulières remplies de cellules épithéliales et environnées de tissu fibreux.

Des traînées de cellules épithéliales qni semblent isolées se diffusent entre les fibres du tissu conjonctif qui forme le stroma de la tumeur.

Observation XIV.

Squirrhe atrophique. Tumeur de la quatrième zone. Dissémination aux ganglions éloignés.

C. F..., âgée de 46 ans, entre le 8 juin 1884, à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, salle Lisfranc, 17.

Cette femme, arthritique et surtout névropathique à l'excès, a vu sa tumeur débuter il y a sept ans, pour arriver graduellement sans douleurs notables à l'état dans lequel nous l'examinons aujourd'hui.

État actuel. A la partie interne de la mamelle droite existe une tumeur dure, bosselée, adhérente à la profondeur, adhérente à la peau, faisant corps avec tous les tissus de la mamelle.

Le mamelon est attiré en dedans et rétracté vers sa base.

Ganglions axillaires envahis dans tout le territoire de l'aisselle. Il en est de même de quelques ganglions sus-claviculaires et on trouve un ganglion engorgé à la région sus-hyoïdienne.

Il existe une rétraction de la peau au niveau du passage des lymphatiques qui vont de la tumeur aux ganglions de l'aisselle ; et cette rétraction démontre l'envahissement, en ce point, des trajets lymphatiques, du tissu cellulaire et de la peau.

Les viscères n'offraient pas d'envahissement qui pût être reconnu, la malade était tellement affectée que le refus de l'opération eût été pour elle d'une signification funeste ; aussi l'opération fut-elle entreprise.

Opération. — Ablation totale de la région mammaire. Nettoyage du creux de l'aisselle. Extirpation du ganglion sus-claviculaire.

L'opération fut des plus laborieuses. L'infiltration squirrheuse

s'était diffusée d'une façon extraordinaire ; les adhérences des ganglions et des vaisseaux étaient très étroites, le tissu cellulaire de l'aisselle fibreux et résistant ; au point que, contre toute habitude, M. Verneuil dut renoncer à déchirer les brides du creux de l'aisselle avec ses doigts. Il fallut couper ce tissu morbide avec des ciseaux et sectionner à l'instrument tranchant le ligament suspenseur transformée en une lame dense et épaisse.

Dans de telles conditions, on conçoit qu'une opération doive toujours être incomplète, et qu'il soit difficile d'extirper tout le tissu morbide infiltré dans les parties molles et entre les vaisseaux.

Examen de la tumeur. — L'examen histologique fit voir un entrecroisement extrêmement serré de bandes de tissu fibreux circonscrivant dans leurs intervalles de petites alvéoles remplis de cellules épithéliales d'un très petit calibre.

C'est un squirrhe à petites cellules et dans lequel existait une grande proportion de tissu fibreux.

Récidive dans les ganglions éloignés, peu de temps après l'opération.

Observation XV.

Squirrhe récidivé dans la cicatrice. Tumeur de la quatrième zone. Dissémination dans les ganglions sus-claviculaires.

P..., âgée de 37 ans, entrée le 18 février 1884, à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, salle Lisfranc, n° 30.

Antécédents arthritiques. — Migraines, eczéma du cuir chevelu. Couperose du visage.

Début. Il y a deux ans, après un coup? Quoi qu'il en soit de l'origine, il y a quinze mois, M. Verneuil pratiqua l'extirpation d'une tumeur du sein droit du volume d'un petit œuf, sur laquelle la peau était très adhérente Le mamelon était rétracté et il existait des ganglions axillaires qui furent enlevés.

La réunion immédiate ne fut pas tentée, on pansa à plat.

Etat actuel. — Il y a quatre mois, développement le long de la cicatrice vers sa partie interne, de petits noyaux indurés.

On trouve en outre à la région sus-claviculaire, en arrière du bord du sterno-mastoïdien un petit ganglion suspect.

Opération. — Les petits noyaux indurés dans le bord supérieur de la cicatrice sont enlevés largement au thermo-cautère, le ganglion sus-claviculaire est extirpé au bistouri.

La guérison marche à souhait quand, le 10 mars, nous constatons de nouveau la formation d'une petite nodosité indurée au niveau du bord inférieur du grand pectoral. Cette formation néoplasique est poursuivie une dernière fois à l'aide du thermo-cautère, et la malade sort guérie le 2 avril.

Observation XVI.

Tumeur maligne récidivée dans les ganglions éloignés. Tumeur de la quatrième zône. Dissémination.

L .. âgée de 41 ans, habitant le département du Morbihan.

Opérée à l'âge de 39 ans d'une tumeur maligne du sein droit de nature inconnue. La région malade fut extirpée en totalité.

Quatre mois après l'opération la malade devint enceinte et sa grossesse se termina heureusement.

Depuis ce temps elle souffre d'une gêne dans le côté droit du cou, qui gagne l'épaule droite en arrière.

On constate une chaîne de ganglions cervicaux et sus-claviculaires nombreux et volumineux, surtout en arrière de l'angle droit de la mâchoire.

Rien n'est survenu du côté du sein opéré.

Le sein gauche et le côté gauche du cou sont indemnes.

Observation XVII.

Carcinome du sein gauche. Tumeur de la cinquième zone. Envahissement des ganglions éloignés. Généralisation.

D..., âgée de 41 ans, entrée le 10 février 1884, à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil et couchée salle Lisfranc, n° 16.

Début il y a quatre ans par une petite grosseur du sein gauche qui augmenta peu à peu, sans douleurs vives, sauf à l'époque des règles.

Etat actuel. — A la partie supérieure du sein gauche existe une tumeur du volume d'une mandarine, bosselée, de consistance inégale ; fluctuante ou très dure par places. La tumeur glisse encore sur la profondeur, mais la peau est très adhérente et présente le caractére peau d'orange sur une assez grande étendue autour de la tumeur. Le mamelon est rétracté vers le haut. Pas de tumeur dans l'autre sein.

Il existe un engorgement ganglionnaire dans les deux aisselles et on trouve des ganglions dans les deux régions sus-claviculaires également.

Outre ces phénomènes objectifs, la malade accuse des douleurs hépatiques vives qui durent, dit-elle, depuis quelque temps. Le foie est sensible et un peu augmenté de volume. Il n'existe pas d'ascite.

La malade souffre encore d'une toux quinteuse, incessante, et l'examen de la poitrine fait reconnaître à droite une diminution dans l'intensité du murmure vésiculaire et la présence de quelques frottements sous la clavicule. Des crachats blanchâtres et filants examinés avec la méthode convenable n'ont pas présenté de bacilles de la tuberculose.

Il existe donc une dissémination néoplasique très étendue dans les ganglions et une généralisation très probable au foie, à la plèvre et au poumon.

L'indication est de ne pas opérer.

Calmants ; soins palliatifs appropriés aux douleurs hépatiques et aux phénomènes thoraciques.

Observation XVIII.

Carcinome du sein droit. Tumeur de la cinquième zône. Envahissement ganglionnaire éloigné. Généralisation.

Femme de 50 ans. Offre au sein droit une tumeur assez volumineuse non ulcérée occupant la totalité de la mamelle.

Il existe une infiltration de noyaux cancéreux dans les téguments de toute la moitié droite du thorax.

Adénopathie axillaire et cervicale du même côté.

A droite également, l'auscultation de la poitrine révèle l'existence d'une pleurésie probablement secondaire qui maintient la malade dans un état constant de fièvre et amène rapidement la cachexie. Inopérable.

Observation XIX.

Épithélioma sudoripare de la région mammaire.

R... (Augusta), âgée de 56 ans, entre le 30 avril 1884, dans le service de M. le professeur Verneuil, salle Lisfranc, n° 16.

Cette malade arthritique, eczémateuse et sujette à des accidents cardio-pulmonaires répétés, a vu depuis quatorze ans s'établir à la peau du sein gauche en haut et en dehors une petite grosseur indurée du volume d'une lentille.

Actuellement on trouve en ce point une petite excavation sèche, encroûtée et entourée d'une aréole irrégulière et très dure, de l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Cette petite ulcération cutanée n'est pas adhérente à la profondeur, elle siège en dehors de la région de la glande mammaire et ne peut avoir aucun rapport avec celle-ci.

Cette production d'une dureté ligneuse semble incluse dans l'épaisseur de la peau.

Aucun engorgement ganglionnaire.

Extirpation après anesthésie locale.

L'examen histologique montra que de la face profonde des papilles partaient des traînées de cellules épithéliales disposées en boyaux continus et terminées en culs-de-sacs. Entre ces tractus épithéliaux sont interposés des trousseaux de tissu fibreux qui comprennent, dans leur intérieur, quelques amas de cellules épithéliales irrégulièrement disposées.

La rétraction de l'ulcération et de la peau avoisinante est réalisée par le retrait du tissu fibreux qui compose la plus grande partie de la production morbide.

Observation XX.

Hystérie. Douleurs dans la cicatrice consécutive à l'extirpation d'un adénome radicalement guéri.

G..., âgée de 27 ans, entrée le 5 mai 1884, à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, salle Lisfranc, nº 5.

Née d'une mère nerveuse et ayant elle-même des enfants nerveux, cette jeune femme est sujette depuis son enfance à des attaques d'hystérie accompagnées de perte de connaissance.— Constitution arthritique évidente. — Opérée il y a trois ans par une extirpation partielle de deux petits adénomes simples sans engorgement ganglionnaire, elle est demeurée guérie radicalement. On voit les deux cicatrices parfaitement normales et souples situées l'une au-dessus et l'autre au-dessous du mamelon.

Aujourd'hui la malade se présente à nous avec des phénomènes hystériques variés, qui consistent en une asphyxie locale du pied et du tiers inférieur de la jambe droite, et en douleurs névralgiques intenses siégeant dans la cicatrice du sein.

Ces douleurs dans la cicatrice avaient débuté six mois après l'opération, elles furent guéries assez facilement alors, par l'administration du sulfate de quinine.

Depuis deux mois et demi celles-ci sont revenues à l'occasion du développement de cette asphyxie locale du pied qui constitue le phénomène principal.

Ces douleurs, sous forme de crises, s'augmentent avec les attaques d'hystérie que présente la malade ; ces attaques surviennent assez fréquemment et à la moindre contrariété.

A l'époque des règles, surtout si elles sont abondantes, il se produit une recrudescence dans les phénomènes douloureux.

Les cicatrices du sein sont souples et normales.

Observation XXI.

Récidive de tumeur maligne après extirpation partielle.

Femme de 51 ans, d'une belle santé et d'une constitution robuste habitant le département de l'Allier.

Il y a onze ans, cette malade présenta une tumeur à la périphérien du sein droit au niveau du bord libre du grand pectoral. On diagnostiqua une tumeur bénigne et l'extirpation partielle de la mamelle fut pratiquée.

Il y a un an, apparition d'une tumeur semblable et située au même point, mais au sein gauche. Même mode d'extirpation.

L'opération sur le sein droit avait été suivie d'une pleine et entière guérison, mais après l'extirpation partielle de la seconde tumeur survint une récidive presque immédiate.

Le reste de la mamelle est envahi, les ganglions de l'aisselle à gauche sont très engorgés jusque sur les vaisseaux ; il en est de même des ganglions sus-claviculaires.

Le mal a atteint la quatrième zone avec une intensité dans la malignité qui éloigne l'idée de toute intervention.

Observation XXII.

Récidive dans les ganglions éloignés et dans les viscères.

M... âgée de 54 ans, opérée le 3 décembre 1883 par M. Verneuil pour un cancer du sein droit.

Opération très large, ablation totale de la mamelle, pansement ouvert.

Le 12 août 1884, la malade rentre à l'hôpital avec une dissémination de colonies secondaires dans les ganglions cervicaux, dans la peau de la région thoracique qui présente plusieurs noyaux du côté droit.

Il existe une paraplégie complète qui dénote un envahissement de la colonne vertébrale.

La cicatrice du sein est souple, normale, non adhérente; il n'existe aucune trace de tissu pathologique dans l'interligne cicatriciel ni sur les bords.

Mort le 17 octobre dans un état de cachexie extrême.

L'autopsie a confirmé les données de l'examen clinique. La cicatrice est parfaitement saine et souple, mais au-dessous d'elle et à son niveau deux côtes présentent des foyers de dégénérescence cancéreuse étendue.

Pleurésie cancéreuse à noyaux végétants disséminés à gauche. Noyaux sous-pleuraux à la surface et dans les scissures du poumon du même côté.

Noyaux nombreux et volumineux dans le foie.

Uu petit noyau dans la rate.

Noyaux cancéreux de la grosseur d'une noisette dans l'épaisseur du corps de la neuvième vertèbre dorsale. Ce foyer pathologique arrivait jusqu'à la face antérieure du corps vertébral, mais sans faire de saillie dans l'intérieur du canal médullaire.

APPENDICE.

Au cours de cette thèse, il n'a été question que des tumeurs de la mamelle chez la femme ; nous n'aurions même pas parlé de l'homme ni des tumeurs qu'il peut présenter très rarement, il est vrai, à cette région si nous n'avions eu l'occasion, il y a peu de temps, d'aider M. le professeur Verneuil à enlever un épithélioma du sein chez un malade de la ville.

On connaît, d'après des travaux récents, la manière dont se comportent les néoplasmes mammaires chez l'homme, nous n'en dirons rien de plus ; l'extirpation en est peut-être plus facilement large que chez la femme et les règles opératoires que nous avons posées pour l'un des deux sexes sont entièrement applicables à l'autre.

TABLE DES MATIÈRES

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur,
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

Paris. — A. Parent, A. Davy, Sr, imprimeur de la Faculté de médecin..., 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.